

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

No

330

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État.)

PAR

VIVIEN, PAUL-HENRI-LUCIEN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 juillet 1910, à TINCHEBRAY (Orne).

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 1943.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCIDENTS PITHIATIQUES

CHEZ L'ENFANT

Président : M. DUVOIR, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE VUIBERT

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 63

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VIVIEN.**

Prénoms : **Paul-Henri-Lucien.**

Date de la soutenance : 13 octobre 1943.

Numéro d'ordre : _____

VIVIEN (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vuibert, éditeur, 1943, *in-8° raisin*, 91 pages).

Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIEN (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vuibert, éditeur, 1943, *in-8° raisin*, 91 pages).

Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIEN (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vuibert, éditeur, 1943, *in-8° raisin*, 91 pages).

Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIEN (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vuibert, éditeur, 1943, *in-8° raisin*, 91 pages).

Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VIVIER.**
Prénoms : **Paul-Henri-Lucien.**

Date de la soumission : 13 octobre 1943.
Numéro d'ordre :

VIVIER (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vainbert, éditeur, 1943, in-8° raisin, 91 pages).
Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIER (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vainbert, éditeur, 1943, in-8° raisin, 91 pages).
Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIER (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vainbert, éditeur, 1943, in-8° raisin, 91 pages).
Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

VIVIER (Paul-Henri-Lucien). — Contribution à l'étude des Accidents pithiatiques chez l'enfant (Paris, Vainbert, éditeur, 1943, in-8° raisin, 91 pages).
Thèse de médecine (Université, Paris, 1943, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État.)

PAR

VIVIEN, PAUL-HENRI-LUCIEN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 juillet 1910, à TINCHEBRAY (Orne).

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 1943.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCIDENTS PITHIATIQUES

CHEZ L'ENFANT

Président : M. DUVOIR, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE VUIBERT

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 63



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen. . . . BAUDOUIN.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	BROCQ.
	QUÉNU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	N...
	N...
Clinique gynécologique	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	SÉNÈQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.

Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance médico sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgic.	DE GENNES. . . Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne). Pathologie médic.	LACOMME. . . . Obstétrique.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	LANTUÉJOUL. . . Obstétrique.
BONNET Bactériologie.	LAVIER. Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	LELONG. Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expéri-
BULLIARD. . . . Histologie.	mentale.
CACHERA Pathologie médicale.	LENÈGRE Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.	Mlle J. LÉVY . . Pharmacologie.
COSTE Pathologie médicale.	MARCHAL. . . . Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.	MÉNÉGAUX . . . Pathologie chirurgic.
DELARUE Anatomie patholog.	MOLLARET . . . Pathologie médicale.
DELAY Pathologie médicale.	MOUQUIN. . . . Pathologie médicale.
DESGREZ (H) . . Physique.	PATEL Pathologie chirurgic.
DESOILLE. . . . Médecine légale.	RENAUD Ophthalmologie.
DIGONNET. . . . Obstétrique.	RICHET. Physiologie.
DOGNON Physique.	SICARD. Pathologie chirurgic.
FEVRE Pathologie chirurgic.	SOULIÉ. Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO Pathologie chirurgic.	SUREAU Obstétrique.
GALLIARD. . . . Parasitologie.	TURPIN. Pathologie médicale.
GARCIN. Pathologie médicale.	WILMOTH. . . . Pathologie chirurgic.
Mlle GAUTHIER-VILLARS Anatom. pathol.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.	MM.
AGLAVE Pathologie chirurgic.	LE LORIER . . . Obstétrique.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	PIEDELÈVRE . . . Médecine légale.
HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL. . . Obstétrique.
HUGUENIN Anatomie patholog.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . . .	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER	
CHEVALLIER. . . .		DE GAUDART	
LAROCHE Guy, . .		D'ALLAINES . . .	
MOREAU		MOULONGUET . . .	
SÉZARY,		MOURE.	
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
VIGNES			

V. — CHARGÉS DE COURS.

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME.	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

En témoignage de mon affection.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur DUVOIR,

Professeur de Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Il fut pour moi plus que le Maître
respecté et aimé : le guide sûr et bien-
veillant de toutes mes études médicales.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage de
ce travail en reconnaissance de tout ce
que je lui dois.*

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Agrégé MOREAU,
Médecin de l'Hôpital de Bicêtre. .

*C'est à lui que je dois le meilleur
de ma formation médicale. A la grati-
tude que lui voue chaque élève qu'il
me permette de joindre l'expression
de ma respectueuse affection.*

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur HEUYER

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades.

*Qui m'inspira ce travail, imprégné
de son enseignement. En témoignage
de ma reconnaissance pour les conseils
dont il m'a assisté.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*)
Monsieur le Professeur AUBERTIN
Monsieur le Professeur agrégé BRULÉ.

Externat :

Monsieur le Docteur BAZY
Monsieur le Professeur DUVOIR
Monsieur le Docteur DARRÉ
Monsieur le Professeur Agrégé MOREAU
Monsieur le Professeur N. FIESSINGER.

Externat en premier :

Monsieur le Professeur LENORMANT
Monsieur le Docteur COURCOUX.

Internat :

Monsieur le Docteur BOIDIN
Monsieur le Docteur DARRÉ
Monsieur le Professeur DUVOIR
Monsieur le Docteur LAMBLING
Monsieur le Professeur Agrégé MOREAU
Monsieur le Docteur HEUYER.

A Messieurs les Docteurs : GALTIER, POLLET, PICHON (*in memoriam*), LAYANI, H.-R. OLIVIER, A. MOUCHET, ALIBERT, G. BOUDIN, HUREZ, Ét. BERNARD, POUMAILLOUX, GUILLOT, BENAERTS (*in memoriam*), Professeur Agrégé DELARUE, SCHWOB, JOURDAN.

A Mesdames les Docteurs : LANDOWSKI, M. ZAGDOUN-VALENTIN.

A LA CONFÉRENCE LAENNEC

et à la Mémoire des RR. PP. LAURAS et DE VAUPLANE

A Messieurs les Docteurs BELOT et LEPENNETIER

et

A mes Amis

de l'Association des EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS
et de la F. A. E.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MES CAMARADES DU G. S. D. 75

A mes Amis

Pierre BÉRANGER (*in memoriam*)

Docteurs : BEAUCHEF, COLDEFY, CUVEREAUX, DUPUY,
L. GIREAUX, GRANGE, LEGRAND, Y. POULIQUEN.

Abbé P. FULGENCE

J. CHAUDEURGE

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Le terme « **pithiatique** » est né du démembrement de l'hystérie par BABINSKI et fut créé par ce dernier en 1901. Depuis lors, pour BABINSKI et la majorité des auteurs français, **pithiatique** et **hystérique** étaient devenus synonymes.

Resté en vigueur à l'étranger, l'usage du terme « **hystérie** » a pris une nouvelle extension en France à l'occasion de nombreux travaux et publications visant à élucider la pathogénie de l'hystérie.

Les étapes les plus récentes et les plus importantes de ce regain d'actualité furent :

- en 1935, le XXXIX^e Congrès, à Bruxelles, des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, avec les rapports de BARUK sur *l'Hystérie et les fonctions psychomotrices* et de VAN BOGAERT sur *l'Hystérie et les fonctions diencephaliques* ;
- en 1936, le Congrès de Neurologie de Bucarest, avec le rapport de MARINESCO sur la *Physiopathologie de l'hystérie* ;
- en 1937, le rapport de H. CLAUDE à la Société Médico-psychologique sur les *Rapports de l'Hystérie et de la Schizophrénie*.

Ces divers rapports furent l'occasion de discussions nourries où s'affrontèrent les tenants du **Mécanisme psychogène** de l'hystérie et du **Mécanisme neurogène** de l'hystérie.

Dans le domaine de l'explication de l'hystérie par la neurologie, les conceptions les plus récentes invoquent à l'origine de l'accident hystérique :

- les lésions du diencephale : cette conception a eu pour point de départ l'observation des séquelles de l'encéphalite épidémique : elle est défendue par l'Ecole Roumaine avec notamment MARINESCO et RADOVICI, par PAPASTRATIGAKIS en Grèce, BUSCAÏNO et SALMON en Italie, VAN BOGAERT en Belgique, TINEL en France ;
- les perturbations des réflexes conditionnels, conception soutenue par MARINESCO au Congrès de Bucarest.

Mais, tant dans le domaine de la conception psychogène de l'hystérie que dans celui de la conception neurogène, les théories sont nombreuses et souvent contradictoires. (1)

Et surtout : des diverses discussions, travaux et publications, il ressort à l'évidence que les auteurs ne sont d'accord ni sur la compréhension ni sur l'extension de la définition de l'hystérie.

Par contre, la quasi-totalité des auteurs admet la réalité des accidents pithiatiques, tels que les a définis BABINSKI. L'emploi de ce terme supprime

(1) Lire à ce sujet : *L'Hystérie* (Revue Générale), par Henri Ey, in *Gazette des Hôpitaux*, juin 1935, n^{os} 46, 47, 48.

bien des risques de confusion ; c'est pourquoi nous l'avons choisi dans l'intitulé de notre thèse inaugurale.

Nous nous proposons ici de « contribuer » à l'étude des accidents pithiatiques chez l'enfant : c'est dire que nous n'avons ni la prétention, ni la possibilité de dire, rapporter et discuter tout ce qui a été dit ou peut être dit sur un sujet aussi vaste.

Nous avons cependant cherché à faire une étude d'ensemble, et, restant dans le domaine clinique des faits, à en dégager la « physionomie » des accidents pithiatiques chez l'enfant, et à en extraire les généralités utiles à leur compréhension, leur diagnostic, leur thérapeutique, leur pronostic.

Ce que nous savons de ces accidents ne se prête pas toujours à la généralisation ; c'est pourquoi il est des faits que nous nous sommes contenté de citer, sans schématiser, dans le but d'éviter l'inexactitude.

Dans le dessein d'éviter les redites, nous avons adopté un plan assez souple, nous basant, pour la longueur de nos développements, non sur l'importance numérique des faits qui s'y rattachent, mais sur la difficulté de leur compréhension et sur notre désir de mettre en valeur ce qui est moins généralement admis ou connu.

L'ampleur de notre sujet nous oblige à des omissions, et souvent à la sécheresse d'une affirmation ou d'une citation là où il serait pourtant intéressant de prouver et de discuter.

Nous avons préféré, pour garder à notre texte la continuité nécessaire à un travail d'ensemble, nous montrer sobre de références bibliographiques dans le cours de notre exposé.

Nous avons trouvé les éléments de notre travail dans les publications et ouvrages antérieurs dont nous donnons la bibliographie, dans les observations inédites que nous apportons ici, et dans l'enseignement de notre Maître G. HEUYER.

DÉFINITION DE L'ACCIDENT PITHIATIQUE

BABINSKI, après avoir montré qu'on avait rangé indûment dans le cadre de l'hystérie des faits de significations différentes, et qu'on avait « *tout au moins singulièrement exagéré cette faculté attribuée à l'hystérie de reproduire les maladies les plus diverses, de « tout faire », comme on le disait jadis* », donna la définition suivante : (1)

« L'Hystérie est un état psychique spécial, qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence de la persuasion.

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Puis, pour désigner **les troubles primitifs**, BABINSKI créa le vocable « **pithiatique** », reconnaissant lui-même qu'il était imparfait, mais, disait-il, « *le mot que j'ai choisi exprime au moins...* » (l'idée) « *... la plus intéressante pour le médecin, l'idée que les accidents en question peuvent, sous l'influence de la persuasion seule, disparaître d'une manière complète.* » (2)

Ailleurs, comparant le pithiatique au simulateur, BABINSKI dit que la différence entre l'accident pithiatique et la simulation « *réside seulement dans les états d'âme* » des sujets : « *Le simulateur a conscience de la nature de ses plaintes et de ses actes, tandis que le sujet suggestionné en est inconscient ou plutôt subconscient ; c'est, en quelque sorte, un demi-simulateur.* » (2)

Ainsi, la définition du terme « pithiatique » a pour fondement l'expérience de l'hétéro-suggestion. **Mais Babinski n'a pas prétendu que les cas d'observation clinique étaient tous dus à l'hétéro-suggestion :** il a voulu « *sortir de la confusion ancienne* » (2) en montrant que « *parmi les troubles que l'on a rattachés à l'hystérie, il en est qui peuvent être reproduits par suggestion et d'autres qui ne le peuvent* ». (2)

(1) En 1901, devant la Société de Neurologie.

(2) BABINSKI : « Démembrement de l'Hystérie traditionnelle : Pithiatisme ». Semaine Médicale, 1909.

Par cette expérience de l'hétéro-suggestion, BABINSKI prouva que l'accident pithiatique était d'origine **psychogène**, et n'était pas déterminé par une lésion ni même un simple défaut de fonctionnement de l'organe dont il simule l'atteinte.

En enrichissant la séméiologie et en démontrant que la suggestion était incapable de modifier l'état des réflexes tendineux, cutanéomuqueux et pupillaires, BABINSKI nous apporta une arme précieuse pour éliminer du cadre du pithiatisme des phénomènes cliniques ayant bien leur origine dans la défection d'un organe, mais dans une défection qui se borne à un mauvais fonctionnement de celui-ci sans lésion décelable, et qu'on a appelés pour cette raison : **troubles fonctionnels** (1). ABRAMI leur consacra sa leçon inaugurale (2) : l'auteur y cite entre autres le cas d'une hémiplegie avec paralysie totale dont tous les troubles moteurs regressèrent rapidement à l'occasion d'une transfusion sanguine.

Mais il y avait chez cet hémiplegique fonctionnel exagération des réflexes tendineux et signe de BABINSKI, lesquels persistèrent après guérison de la paralysie. Dans une hémiplegie pithiatique pure, il n'y aurait pas eu de modification des réflexes.

Ce que BABINSKI disait des réflexes, du dermatographisme, de la tachycardie, des troubles sécrétoires est vrai de tous les symptômes dits « physiques », qu'ils soient constatés par l'examen clinique ou les examens paracliniques (radiologie, examen électrique, constantes biologiques, etc.) : on ne rencontre dans l'accident pithiatique pur aucune défection de l'organe dont il simule l'atteinte. C'est dans ce sens qu'il faut accepter l'opposition entre les termes « **organique** » et « **pithiatique** ».

Nous répétons que l'organe dont nous venons de parler est celui dont l'accident pithiatique simule l'atteinte ; il n'est pas dans notre intention d'éliminer l'hypothèse d'une atteinte des centres encéphaliques dont dépend le fonctionnement de notre psychisme, puisque l'accident pithiatique est causé par un mécanisme psychogène, et qu'on ne peut nier l'influence de l'état somatique sur le fonctionnement du psychisme. (3)

Quel est le mode de cette atteinte ? Quel en est le siège ?... Ce n'est pas à la recherche d'une solution à ces problèmes que nous allions, dans l'exposé

(1) Le terme « fonctionnel » s'applique ici à l'état de l'organe et non au symptôme : les troubles fonctionnels dont il s'agit peuvent donner des symptômes fonctionnels, physiques, généraux.

(2) *La Presse Médicale*, 1936, n° 103.

(3) Nous espérons qu'ainsi formulée, cette vérité ne viendra choquer aucune des convictions philosophiques de ceux qui nous liront. Les lectures que nous avons faites nous montrent que bien souvent les auteurs s'appuient davantage sur leurs principes que sur les faits lorsqu'ils veulent élucider la pathogénie de l'hystérie.

des notions qui précèdent : nous voulions seulement préciser le sens de certains termes qui ne sont pas toujours pris dans la même acception.

Et nous concluons que :

l'accident pithiatique résulte d'un mécanisme psychogène ;

il simule l'atteinte d'un organe en copiant (plus ou moins fidèlement) un ou plusieurs des symptômes fonctionnels qui la manifestent d'ordinaire ;

il est impuissant à en copier les symptômes généraux et les symptômes physiques ;

l'organe dont il simule l'atteinte est indemne de toute lésion et même d'une simple défection fonctionnelle ;

l'accident pithiatique guérit par une thérapeutique qui s'adresse uniquement à son mécanisme psychogène particulier ;

son aspect clinique reste dans les limites de ce qu'il serait possible de produire par suggestion chez le sujet qui le présente ;

il ne diffère de la simulation que par « l'état d'âme » du sujet qui le présente.

OBSERVATIONS

A quel âge faut-il arrêter l'étude des accidents pithiatiques chez l'enfant ? Nous avons pris un critère administratif : l'âge limite assigné pour l'admission dans les hôpitaux d'enfants à Paris : soit **15 ans. (1)**

Les observations que nous publions sont presque toutes inédites ; elles ne sont ni triées, ni choisies et donnent ainsi un aperçu de la fréquence relative des différents types d'accidents ; certaines ne sont que des fiches où le médecin a noté l'essentiel de son diagnostic sans décrire les accidents. Elles nous ont été précieuses cependant par les renseignements sur le comportement, le milieu, les antécédents de l'enfant qui y sont joints.

La plupart de ces observations proviennent du service de neuro-psychiatrie infantile du Docteur HEUYER. Le Docteur ROUART a bien voulu nous en communiquer quelques-unes ; nous le remercions de son amabilité.

Pour nous faire une idée approximative de la fréquence de l'accident pithiatique chez l'enfant, nous avons dépouillé 5.176 dossiers de malades du service, consultants ou hospitalisés, recherchant tout ce qui pouvait être pithiatique : nous avons trouvé 73 cas. Après élimination des cas de diagnostic douteux, on n'atteint pas 40. C'est peu, si l'on tient compte qu'il s'agit d'un service spécialisé où la proportion est plus grande que dans un service de médecine générale. (2) /

Observation I

C..., Simone, 9 ans, 8 mois.

Hospitalisé Salle Blache, dans le service du Docteur Heuyer
le 12 février 1943.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES NERVEUSES ET ASTASIE.

a) *Description faite par l'enfant.* — Deux types de crises : d'une part, simples crises émotives avec mise en scène ; d'autre part, chutes avec agitation ; mouvement des deux jambes seulement. L'enfant se souvient de ses crises, bien qu'elle dise le contraire ; en effet, elle est capable de les décrire et de dire ce que sa mère lui fait à cette occasion : une aspersion du visage à l'eau froide entraînant immédiatement la fin de la crise.

Comme presque toutes les crises sont survenues à l'occasion d'une altercation avec la mère, nous demandons à l'enfant si elle ne faisait pas ses crises pour ne pas être grondée : elle nous répond, d'un air réticent : « Je ne sais pas ». Nous lui demandons également si elle n'a pas eu de cadeau à l'occasion de ces crises, car il est habituel que les parents gâtent davantage leurs enfants lorsqu'ils sont malades : l'enfant nous dit qu'après une de ces crises, elle a reçu trois casseroles pour son ménage de poupées.

b) *Description faite par la mère.* — A la suite d'une remontrance, l'enfant a eu une crise de larmes qui a duré cinq minutes ; après quoi elle s'est endormie pendant dix minutes ; au réveil, claquements de dents, nouvelle crise de larmes qui a duré une heure, avec, par instants, contracture des bras et des jambes. Le lendemain, l'enfant déclare qu'elle ne tient plus sur ses jambes : elle tombe souvent, mais sans perte de connaissance, et, pour cette raison, on la laisse au lit durant quatre jours. « Tout le monde la plaignait, tout le monde était aux petits soins pour elle », dit la mère.

(1) Quelques-uns de nos sujets ont dépassé cet âge, mais l'accident avait débuté avant 15 ans.

(2) N'ayant pas les éléments nécessaires à la précision statistique, nous ne donnerons que des approximations.

Le cinquième jour (16 janvier), on fait venir le médecin traitant, qui oblige l'enfant à se lever et à marcher ; on la laisse se relever seule quand elle tombe.

Au bout de quelques jours, la marche est normale, l'enfant reste onze jours sans crise, puis fait une nouvelle crise au début de février : sa mère l'emmène chez le coiffeur ; dans la rue, l'enfant, qui ne voulait pas y aller, se met à pleurer et à claquer des dents, se raidit, puis s'endort une demi-heure ; au réveil, aucun trouble de la marche ; amnésie alléguée.

Nouvelles crises les 9 et 12 février sans circonstances spéciales.

Le médecin traitant nous adresse alors l'enfant, pour qu'elle soit séparée du milieu familial.

La mère signale d'autre part un changement dans le comportement général de l'enfant depuis quelques mois : désintérêt scolaire, désintérêt pour les jeux et les travaux manuels, écriture irrégulière, manque de soin, colères, attitude ambivalente à l'égard de son jeune frère : elle le bat, puis elle l'embrasse.

ETAT SOMATIQUE. — Bon état physique. Cuti négative. liquide céphalo-rachidien normal. Les réactions de B.W. et du benjoin colloïdal y sont négatives. Font d'œil normal.

Un électro-encéphalogramme pratiqué le 2 mars 1943 (trois semaines après l'entrée de l'enfant) montre un tracé nettement altéré dont voici le résultat :

Spontanément :

en prérolandique : labilité importante, ondes lentes isolées ou par bouffées jusqu'à 3 h, en occipitale : α presque normal à 8 h.

Pendant l'hyperpnée :

ondes lentes isolées apparaissant en occipitale, ainsi que bradyrythmie nette.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental inférieur : à peine 8 ans. La testeuse, notant l'extrême lenteur et l'apparente apathie de l'enfant ainsi que sa tristesse, soupçonne un mobile affectif à l'origine de cet état mental ; elle interroge l'enfant, qui lui avoue sans grande réticence qu'elle n'aime pas son frère, qu'elle en est jalouse, qu'elle pense que sa mère le préfère à elle-même. Nous notons que cette jalousie s'est d'abord montrée à l'égard du père : à l'âge de 5 ans Simone mit sa mère au courant de son infortune conjugale et lui en donna la preuve en la conduisant par un chemin difficile jusqu'à l'endroit où se trouvaient le père et sa maîtresse.

Avant que, à l'école et à la maison, on ait noté la modification de son caractère, l'enfant travaillait bien et s'intéressait en classe. A la maison, elle était affectueuse, gentille et douce, mais coléreuse, rancunière et assez renfermée ; elle se confiait cependant un peu à sa mère. Quelques mensonges sans gravité.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — La mère de Simone, séparée de son père, le décrit comme paresseux, violent, brutal, coléreux, non buveur ; aucun renseignement sur sa famille. Du côté de la mère, rien à signaler.

b) *Personnels.* — Née à terme. Poids à la naissance 3 kg. 150. Première dent à 6 mois. Marche à 13 mois. Parole : défaut de prononciation jusqu'à 5 ans et demi ; date d'apparition des premiers mots normale. Propreté : à 2 ans.

Nous soulignons l'absence de convulsions.

MILIEU. — Les parents, qui n'étaient pas mariés, sont séparés depuis 3 ans. La mère était la plus âgée : 47 ans, l'homme 40 ans. Il y avait dans le ménage des scènes violentes auxquelles assistait Simone. L'enfant a couché dans la même chambre que ses parents jusqu'à l'âge de 6 ans, dans une alcôve séparée par un rideau.

Simone a un frère plus jeune, âgé de 8 ans et demi. Depuis la séparation, les enfants sont avec la mère. Pendant que la mère travaille, c'est le « parrain » (?) qui garde les enfants. Il gâte beaucoup Simone et lui laisse faire tout ce qu'elle veut.

EN RÉSUMÉ, accidents pithiatiques vérifiés par l'évolution : disparition des premiers accidents par l'injonction du médecin traitant ; aucune crise durant trois semaines d'isolement.

Mais altération de l'électro-encéphalogramme. Y a-t-il eu association de crise comitiale (?)

Nous avons revu l'enfant en septembre 1943. Elle n'a pas présenté de nouvelle crise,

mais prend du gardénal. Sa mère a remarqué que, lorsqu'elle rentre de son travail, l'enfant a tendance à faire la malade.

Simone est toujours très fixée à sa mère. Elle ne veut pas la quitter, lui fait une fête lorsqu'elle rentre. Un jour celle-ci sortit sans la prévenir : ce fut une séance de cris : « Maman ne m'aime pas, elle préfère mon frère ; si elle ne vient pas, je serai morte ; ça lui portera malheur, le Bon Dieu la punira. »

Observation II

C..., Jean, 8 ans.

Hospitalisé Salle Labric, dans le Service du Docteur Heuyer,
du 18 au 31 janvier 1943.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES NERVEUSES.

Apparues depuis quelques jours, après le début d'une rhino-pharyngite non encore terminée.

L'enfant prévient son entourage quelque temps à l'avance : par exemple, il dit à sa mère : « A midi, j'aurai une crise », ou bien « Dès que tu auras mis la main sur la poignée de la porte, j'aurai une crise ».

Mis en observation, l'enfant présente le jour de son entrée et le lendemain des crises manifestement fantaisistes. Dès qu'on le touchait pour l'examiner, il se mettait brusquement en arc de cercle, se couchant sur le côté, fermant les yeux, « faisant le mort ». Là se bornèrent les crises, et, durant le reste de son séjour à l'hôpital, l'enfant n'en eut plus aucune.

ANTÉCÉDENTS. — Rien de particulier.

MILIEU. — L'enfant a trois frères : un plus jeune (âgé de 17 mois), deux plus âgés (11 ans et 15 ans et demi). La mère reconnaît l'avoir beaucoup gâté, surtout depuis le début de ces quelques jours d'indisposition.

Observation III

D..., Marcel, 10 ans et demi.

Hospitalisé Salle Labric, dans le Service du Docteur Heuyer,
du 20 au 30 janvier 1941.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISE NERVEUSE A TYPE DE GESTICULATIONS ET CRIS.

Première crise le 23 décembre 1940 à la suite d'une contrariété (perte au jeu de cartes). Crises d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées (plusieurs par jour) et violentes. N'a fait aucune crise à l'hôpital. A pris du bromure, mais seulement le 3^e jour de son hospitalisation.

Enfant très affecté par la mort de sa grand-mère (octobre 1940) et donnant l'impression d'être surmené de temps en temps.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 25 kg. 65. Bon état général. Sourcils peu développés. Métabolisme basal : moins 13,5 % ; mais cholestérol sanguin à 1.05 gr. par litre. Réactions de Hecht et de B.W. dans le sang : négatives. Calcium sanguin : 86 milligrammes par litre.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Très bon élève ; très studieux. A la maison, très gentil, calme, affectueux. N'aime pas la solitude.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : aurait des pertes de connaissance en rapport avec une cardiopathie ancienne. Mère : très nerveuse, émotive.

b) *Personnels.* — Né à terme, poids à la naissance : 3 kg. Première dent : normalement. Premiers pas à 1 an. Premiers mots : après un an. Propreté à 2 ans et demi.

MILIEU. — Enfant unique. Nous n'avons aucune précision sur le milieu familial.

Observation IV

D...-M... Nicole, 10 ans 8 mois.

Malade vue à la consultation du Docteur Heuyer le 4 décembre 1942.

CRISES NERVEUSES PITHIATIQUES chez une enfant ayant eu autrefois des crises comitiales.

Après un traitement par gardénal et piqûres, les crises avaient disparu. Durant un séjour en sanatorium pour primo-infection, pas de crise, malgré l'absence de traitement. Au retour, apparition de :

- crises nerveuses survenant tous les mois pendant 24 à 36 heures, une fois par heure, augmentant par le régime et le traitement par gardénal et di-hydan ;
- parole scandée, disparaissant dans la récitation ou quand l'enfant est en confiance ;
- tic de la gorge ;
- colères violentes, avec mise en scène, cris, hurlements pour obtenir ce qu'elle veut.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 30 kg. Taille : 1,445 m. Examen neurologique impossible en raison de l'opposition de l'enfant.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental faussé par l'attitude de l'enfant : inférieure à 10 ans. Tests dispersés : semble intelligente.

Enfant affectueuse, tendre, soigneuse, propre ; aime qu'on s'occupe d'elle ; tracassière, harcèle sa mère. Craintive dans la rue ; se cramponne à sa mère.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Mère nerveuse ; néphrectomie à droite. Grand-père maternel diabétique.

b) *Personnels*. — Accouchement normal à terme. Poids à la naissance : 3,750 kg. Première dent à 6 mois. Marche à 10 mois. Premiers mots après un an ; premières phrases après 2 ans. Propreté à 18 mois. Crises déjà mentionnées.

MILIEU. — Le père est publiciste. Nicole est la plus jeune de cinq enfants. Elle a changé fréquemment de milieu scolaire : allant dans une école d'où elle se faisait renvoyer, prenant ensuite des leçons particulières à la maison, retournant dans une autre école, et ainsi de suite. Elle a été élevée par sa mère, qu'elle harcèle, tyrannise et fait céder.

L'isolement, proposé comme thérapeutique, n'a pas été accepté.

Il s'agit ici d'un cas intriqué, les crises comitiales alternant avec les crises pithiatiques. Nous avons reçu des nouvelles de l'enfant : elle n'a plus qu'une « crise nerveuse » tous les 4 à 5 mois, dont nous ignorons la nature. Elle est dans une école de rééducation pour son défaut de prononciation qui s'améliore progressivement.

Observation V

G..., Solange, 14 ans 7 mois.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer, le 30 novembre 1942.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISE DE NERFS à l'occasion d'une contrariété : grimaces, contorsions, se jette sur son lit, envoie promener son traversin et ses coussins.

Les crises ne surviennent jamais en présence du père, qui est sévère. Elles surviennent en présence de la mère qui dit « être bouleversée par cette nervosité » et « se trouver presque mal ».

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 52,100 kg. ; taille : 1,67 m. Hypothyroïdienne : signe du sourcil ; métabolisme basal : moins 29,3 %. N'est pas réglée.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Pas de débilité intellectuelle. Niveau mental : 15 ans ; mais tests dissociés. Enfant émotive : a toujours été capricieuse et autoritaire.

Assez affectueuse. Meticuleuse ; propreté abusive, goûts disproportionnés à sa situation. Sommeil agité ; aurait des cauchemars. Ne craint pas sa mère. Craint son père, qui serait « méchant » dit la mère. Impulsive.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : paludéen, très nerveux.

b) *Personnels.* — Née à terme après un accouchement difficile. Poids à la naissance : 4,25 kg. Première dent à 4 mois. Marche à 11 mois. Premiers mots à 1 an. Premières phrases à 14 mois. Propreté à 1 an.

MILIEU. — Enfant unique élevée par ses parents. Père : Inspecteur de police. Mère : sans profession.

L'observation comporte « Complexe familial certain ». Nous n'en connaissons pas la nature ; nous notons seulement que l'enfant redoute de rester chez elle durant ses congés et qu'elle semble difficilement supporter l'autorité de son père.

Depuis quelque temps, changement de caractère : renfermée, s'ennuie, devient triste, et se complait dans les histoires ou les pièces de théâtre tristes. Cependant, l'étude des tests du caractère ne montre pas de tendance dépressive ni schizoïde notable.

Observation VI

G..., Raymonde, 14 ans et demi.

(Observation communiquée par le Docteur Rouart)

Malade vue à la consultation de l'Hôpital Trousseau le 17 septembre 1942.

ACCIDENTS PITHIATIQUES : APHONIE, CRISES NERVEUSES.

Réglée pour la première fois à 13 ans et demi, l'enfant a eu pendant un an des règles irrégulières et en a conçu un sentiment d'infériorité : elle est préoccupée par ses époques. A chaque époque cataméniale, l'enfant présentait de l'aphonie lorsque le flux menstruel ne se produisait pas. Au contraire, si l'écoulement sanguin avait lieu, pas d'aphonie.

Quant aux crises, peu fréquentes, elles sont apparues il y a un an ; aucune crise auparavant. Elle a eu d'abord deux ou trois « syncopes » l'année dernière à l'école ; puis, il y a un mois, première crise à la campagne chez ses grands-parents paternels. Quelques crises depuis, la dernière en écoutant une pièce à la T.S.F., pièce dans laquelle un jaloux tirait sur son rival.

L'enfant raconte ses crises ainsi : « Je crie, je me mets en arc de cercle sur mon lit, je me débats... Papa n'était pas là... ; je n'ai jamais eu de crise quand il est là ». Elle dit l'affolement de sa mère et de ses grands-parents.

Voici, d'après la mère, la description d'une crise qui a duré une heure :

L'enfant a d'abord poussé un cri et est tombée ; elle faisait l'arc de cercle plusieurs fois, puis retombait très calme ; ainsi de suite plusieurs fois. Le visage était pâle. Pas de stertor, pas d'émission d'urine. Après la crise, les bras et les jambes sont engourdis.

Après la première crise, le père dit à l'enfant que c'était la douleur qui déclenchait les crises : elle présentait en effet, dans l'angle costolombaire droit, une douleur consécutive à un effort. Nous pensons que cette affirmation ne fut pas étrangère au déclenchement de petites crises (sortes d'évanouissements) survenues dans la première semaine d'octobre à l'occasion d'une douleur abdominale.

ETAT SOMATIQUE ET MENTAL. — Niveau mental normal ; a eu le C.E.P. à 13 ans. Nerveuse, émotive, sensible, renfermée ; veut toujours bien faire. Quand elle était petite, elle restait des journées sans rien dire, assise sur un petit banc.

ANTÉCÉDENTS. — Rien de notable.

MILIEU. — L'enfant a une sœur de 17 ans et demi et un frère de 9 ans. Elle a vécu chez ses parents, et quelquefois à la campagne chez son grand-père paternel, qui est assez rude et sévère ; c'est chez lui qu'est apparue la première grande crise ; l'enfant s'y trouvait fatiguée (il y avait de quoi : on lui faisait scier des chênes !).

Après le C.E.P., l'enfant est entrée dans une école professionnelle de couture ; elle aime la couture.

Observation VII

H... Eglantine, 16 ans 4 mois.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer.

ACCIDENT PITHIATIQUE : ÉVANOUISSEMENTS, sans aucun caractère comitial, survenant de plus en plus fréquemment malgré un traitement par le gardénal. Surviennent après une colère.

Début il y a 18 mois.

ÉTAT SOMATIQUE. — Poids 49 kg. Taille : 1,585 m. Hyperthyroïdie : gros corps thyroïde ; tremblement digital et palpébral. Pouls : 96. Mal réglée.

ÉTAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal ; tests dispersés. Très émotive.

a) A la maison. — Gaie, affectueuse, serviable. Nerveuse : s'irrite contre son frère de 11 ans. A beaucoup d'amies ; bonne camarade. Humeur versatile ; brièveté des périodes.

b) En classe. — Bon travail et bonne conduite.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux* : rien à signaler.

b) *Personnels*. — Née au terme d'une grossesse normale par accouchement normal. Poids à la naissance : 3 kg. Première dent, marche, paroles : normales. Propreté à 2 ans.

MILIEU. — Père : gardien de la paix. Mère : sans profession. Eglantine est la deuxième de trois enfants : elle a une sœur plus âgée (Suzanne : 17 ans) et un frère plus jeune (Michel : 11 ans). Elle a été élevée par sa famille. Il semble y avoir une certaine jalousie de l'enfant vis-à-vis de son frère (elle s'irrite contre lui), alors qu'on ne mentionne rien à l'égard de sa sœur aînée.

Observation VIII

M..., Simone, 17 ans.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer, le 12 décembre 1941.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES NERVEUSES.

Tombe à terre ; le corps se raidit ; la figure reste immobile, les yeux fermés. Aucun caractère comitial. L'enfant garde le souvenir de la crise. Début à l'âge de 15 ans, au moment de la mise en pension. Pas de crises pendant les vacances. Les crises obligent la mère à la retirer successivement de deux pensions.

Réapparition récente des crises à l'occasion d'un conflit affectif : les parents interdisent à Simone de revoir un jeune homme connu pendant l'exode.

ÉTAT SOMATIQUE. — Morphologie normale. Poids : 50,550 kg. Taille 1,60 m. Tremblement digito-lingual : le métabolisme basal est normal. Réflexes tendineux très vifs. Incisives un peu écartées. B.W. dans le sang négatif en 1938.

ÉTAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal. Très émotive. Très affectueuse, très gentille avec sa sœur, mais se fait céder volontiers. Tranquille, douce, complaisante. Sensible à la musique. N'aime pas voir des choses qui la feraient rire. Très propre ; coquette ; tendance à la mise en scène. Résout volontiers les petites histoires familiales par des « manifestations » plus ou moins dramatiques.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Une tante paternelle atteinte de tuberculose pulmonaire ; un oncle paternel hypertendu.

b) *Personnels*. — Née au terme d'une grossesse normale ; poids : 3,500 kg. Première dent à 6 ou 7 mois. Marche à un an. Parole à un an. Propreté à un an. Aurait eu une crise de convulsions à un an, à la suite d'une frayeur. Opérée de : deux hernies ombilicales en 1931, appendicite à froid en 1931, végétations et amygdales en 1929-30.

MILIEU. — A une sœur plus âgée. Elevée d'abord par sa mère, puis en nourrice de 18 mois à 3 ans. A changé trois fois d'école de 3 à 15 ans. Le père, d'abord chauffeur de taxi, est maintenant employé à la Ville de Paris. La mère fait quelques heures de ménage.

Observation IX

R..., Nicole, 15 ans.

Observation communiquée par le Docteur Rouart.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES NERVEUSES.

L'enfant entre pour cette raison en maison de santé en octobre 1942.

On peut observer une crise dès son arrivée : chute de son lit sur le sol, les yeux grands ouverts et fixes ; légères rotations du corps sur son axe de chaque côté ; mouvements de repli et d'extension des bras ; pas de convulsions ; pas de perte des urines ; pas de troubles des réflexes. Cessation immédiate de la crise sur injonction impérieuse.

Au cours de la crise, l'enfant appelait « Michel, Michel ! ». Interrogée tout de suite après sur l'existence d'un ennui, d'un conflit affectif, elle raconte qu'elle est éprise d'un garçon de ferme qui travaillait chez elle et se prénomme Michel. Chez elle, c'est lui qu'on allait chercher pour la relever lorsqu'elle avait une crise. La famille de Nicole ignorait tout de ses relations avec ce jeune homme. Ce dernier est marié depuis peu : les crises de Nicole ont commencé à la publication des bans. Le jeune homme et Nicole continuèrent à se voir ; celui-ci proposa à Nicole de devenir sa maîtresse, mais elle aurait refusé et consenti seulement à des attouchements.

Durant le séjour de Nicole à la clinique, disparition immédiate et constante des crises, mais persistance d'un état dépressif avec délectation dans le regret du jeune homme ; deux fugues. La dépression fut améliorée par l'électro-choc ; mais il persistait chez Nicole une certaine tristesse et une tendance à la rêverie.

Il est noté : « caractère schizoïde ».

MILIEU. — Nicole est fille unique. Elle vit avec sa mère (séparée du père depuis une époque où l'enfant était encore en bas-âge) et avec sa grand-mère. La mère paraît avoir un caractère étrange, schizoïde, et, depuis sa séparation, toujours nostalgique.

Observation X

T..., Serge, 12 ans.

Vu à la consultation du Docteur Heuyer, le 30 octobre 1940.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES NERVEUSES avec gesticulation et révolulsion des yeux, sans perte de connaissance. Allégation de céphalée vive à ce moment.

Crises survenant souvent immédiatement après une contrariété, mais aussi dans d'autres circonstances.

En classe, l'enfant aurait été traité d'espion, ce qui l'aurait beaucoup affecté.

Un médecin, antérieurement consulté, a déclaré déjà que l'enfant « jouait la comédie ».

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 29,200 kg. Taille 1,44 m. Indispositions fréquentes. Cuti très positive. Radioscopie « suspecte ». A présenté il y a six mois des adénopathies trachéo-bronchiques ; a été proposé pour le préventorium.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental supérieur à 12 ans. Tests dispersés. Désobéissant, très répondeur ; tendance à l'autisme : ne se mêle pas aux autres enfants ; écrit des histoires qu'il illustre ; à 8 ans, écrivait des vers pour sa mère. Turbulent : crie et chante. Se ronge les peaux des ongles. Assez affectueux. Très bon travail à l'école.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : très nerveux, serait sobre. Grand-père paternel décédé à 56 ans ; éthylique. Mère : goitreuse ; a eu un enfant mort-né.

b) *Personnels.* — Né au terme d'une grossesse normale par accouchement normal. Poids à la naissance : 3,630 kg. Première dent à trois mois et demi. Marche à 15 mois. Propre vers 1 an.

Nombreuses indispositions : rhumes, bronchites, angines, etc.

MILIEU. — Enfant unique. Sa mère l'a élevé au sein jusqu'à 2 ans. Très gâté par ses parents : la mère est en admiration devant lui. Père : représentant, doit être fréquemment absent de la maison.

En raison des nombreuses indispositions de l'enfant, fréquentation scolaire irrégulière.

Observation XI

T..., Liliane, 10 ans.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer, le 27 février 1941.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES DE CONTRACTURE, avec regard fixe et réaction vaso-motrice, sans chute ni perte de connaissance.

L'enfant revient à elle dès qu'on l'appelle.

Ces crises surviennent seulement à l'école ; pas en présence des parents.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 30 kg. Taille : 1,35 m. Il est seulement noté : « Aucun stigmate de dégénérescence ; légère hypothyroïdie ».

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Très intelligente. Niveau mental supérieur à son âge : fait 4/5 des tests de 15 ans, 2/5 des tests d'adulte.

a) A la maison : affectueuse, câline, bon cœur, expansive ; a des amies de son âge, aime beaucoup les animaux. Coléreuse avec tendance à la mise en scène : à l'âge de 5 ans, elle dit à sa mère : « Puisqu'on ne m'aime plus, j'essaierai de me tuer ». Elle le lui a redit depuis. Vaniteuse, non coquette. Quelques mensonges pour se défendre.

b) A l'école. — Très bon travail ; très imaginative.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Père : très nerveux, très coléreux. Grand-père paternel suicidé.

b) *Personnels*. — Légère albuminurie de la mère pendant la grossesse. Née à terme par accouchement normal. Poids à la naissance : 3,550 kg. Première dent à 7 mois, marche à 1 an. Premiers mots à 15 ou 16 mois ; phrases à 18 mois. Propreté à 2 ans.

MILIEU. — Enfant unique élevée par ses parents. Père : mécanicien, d'origine slave. Mère : employée de magasin.

L'enfant était en garderie pendant le travail de la mère.

Nous avons reçu de ses nouvelles en août 1943. La mère nous dit qu'elle va « aussi bien que possible ».

Observation XII

L..., Yvette, 3 ans.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer le 27 septembre 1941.

ACCIDENT PITHIATIQUE : après une émotion (frayeur consécutive à la projection de feuilles sèches sur sa tête), l'enfant présente des « crises » de *céphalée* avec agitation, cris, insomnie, qui durent une huitaine de jours.

En plus de ces « crises », changement de caractère : désobéissance apparue à la même époque.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 13 kg. Taille : 0,985 m. Aucun signe organique ; le liquide céphalo-rachidien est normal. Fond d'œil normal. Urée sanguine : 0,36 g. On note seulement quelques adénopathies cervicales, vraisemblablement réactionnelles d'une légère affection rhino-pharyngée.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental supérieur à 3 ans. L'épreuve des tests fut difficile : enfant butée et pleurant lors des questions. A la maison : extrême nervosité, autoritaire, coléreuse, bavarde. Affectueuse, très joueuse, très gaie.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : éthylique ; très nerveux, énurétique jusqu'à 14 ans. Grand-père paternel décédé de tuberculose pulmonaire.

b) *Personnels.* — Née avant terme (8 mois) ; poids : 2,5 kg. Première dent à 13 mois. Marche à 14 mois. Parole à 14 mois. N'est pas encore propre.

MILIEU. — Enfant unique qui est restée chez sa grand-mère pendant toute la durée de la guerre.

La maman attend un bébé, et le psychanalyste pense que la révélation à la fillette de la naissance prochaine est à l'origine des accidents.

— La fillette, revue le 11 octobre 1941, était en bonne voie d'amélioration ; examen objectif toujours négatif.

La mère nous a donné de ses nouvelles le 25 août 1943 : l'enfant est restée très turbulente ; sans plus.

Observation XIII

G..., Guy, 13 ans.

Entré le 10 avril 1943, Salle Blache, dans le Service du Docteur Heuyer, pour :

TICS PITHIATIQUES : mouvements des yeux, de la tête ; projection du thorax en avant.

Début à l'âge de 7 ans. Arrêt transitoire des tics à l'occasion d'un abcès du talon gauche et de la capsule de Tenon à gauche.

Isolé à son entrée ; au bout de trois ou quatre jours, les tics avaient disparu. La guérison s'est maintenue jusqu'à la sortie le 1^{er} mai 1943.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 33 kg. Taille : 1,46 m. Aplatissement de la partie antéro-inférieure du thorax. Voûte palatine ogivale. Dents mal plantées. Rien d'autre à signaler. B.W. dans le sang négatif.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal.

a) En salle. — L'enfant s'est montré doux, gentil, souriant lorsqu'on lui parlait.

b) A la maison. — Caractère très difficile : n'obéit pas à sa mère, et mal à son père. Esprit de contradiction ; têtu, très vif, violent. Très peu affectueux : ne rend service qu'en maugréant. Joue avec sa sœur ou ses petits camarades. Ment beaucoup pour se défendre ; facilement confondu.

c) A l'école. — Travaille mal. Manque de volonté et de persévérance. Dissipé, bavard. Bon camarade, non batailleur, craintif, appréhensif. Tremble lorsqu'on l'interroge et qu'il ne sait pas répondre.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : très nerveux ; aurait un tic de crachement. Mère : coléreuse.

b) *Personnels.* — Né à terme ; accouchement long : il a fallu ranimer l'enfant, qui était violacé ; la réanimation fut facile. Première dent à 5 mois. Premiers mots à 8 mois, premières phrases à 18 mois. Propreté très tôt. A 7 ans, pose d'un corset orthopédique pour déviation de la colonne vertébrale.

MILIEU. — Une sœur plus jeune de 5 ans. Le père est employé à la S.N.C.F. ; il est très dur avec ses enfants.

CONCLUSION. — Tics pithiatiques chez un enfant sevré d'affection et en butte aux colères de sa mère et aux réprimandes de son père. Rôle occasionnel possible de la pose du corset orthopédique. L'interrogatoire de l'enfant et son observation nous ont appris qu'il est capable d'affection et gentil lorsqu'on le prend par la douceur, et que ses tics étaient une réaction aux gronderies de sa mère.

Observation XIV

B..., Gisèle, 15 ans.

Entre Salle Labric, dans le Service du Docteur Heuyer, le 24 mai 1943, pour :

TIC PITHIATIQUE à type d'aboiement et de hoquet, apparu brusquement, le mercredi 21 mai 1943, dans l'après-midi.

Tout à coup, l'enfant dit à sa mère qu'elle étouffe ; elle est prise de son tic ainsi que d'un tremblement généralisé. Le tout dure un quart d'heure ; l'enfant annonce la fin de sa crise, et se met à jouer et à chanter.

Le lendemain jeudi, deux crises : l'une au moment du repas de midi, que l'enfant continue sitôt la crise terminée. Le vendredi, trois crises : une pendant le déjeuner, deux au cours de la classe. Le samedi, trois crises : une à l'école, une en revenant d'une consultation médicale, une chez elle. Le dimanche, état de mal, avec gesticulation et application des bras serrés au devant de la poitrine.

Le lundi, l'enfant entre à l'hôpital, où l'on constate ce tic, qui disparaît complètement lorsqu'on parle à l'enfant ou qu'on distrait son attention.

On isole l'enfant, et on apprend qu'il y avait eu, le mercredi matin, dans sa classe, distribution de notes pour lesquelles elle n'avait pas concouru par suite d'une indisposition de quelques jours ; elle en avait ressenti une vive contrariété, d'autant plus que son professeur lui avait dit que, si elle lui avait demandé de faire les épreuves de composition à son retour, il le lui aurait accordé. C'est dans l'après-midi de ce jour qu'apparut la première crise.

Le mobile est ici évident : il s'agit en effet d'une très bonne élève, animée d'un vif désir de réussite qui la pousse à un travail souvent excessif (toutes les nuits, elle travaille jusqu'à minuit ou une heure du matin). Elle a d'ordinaire de bonnes notes de travail et de conduite. Elle se montre, en classe, un peu anxieuse.

ETAT SOMATIQUE. — Taille : 1,58 m. Poids : 58 kg. Cuti positive. B.W. négatif. Rien d'autre à signaler.

ETAT MENTAL. — Enfant intelligente.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires*. — Rien à signaler.

b) *Personnels*. — Accouchement normal à terme. Poids à la naissance : 4,500 kg. Première dent à 8 mois. Premiers pas à 14 mois. Premiers mots à 8 mois ; premières phrases à 10 mois. Propre à 10 mois. A eu les maladies banales de l'enfance. A Pâques, a eu 40° pendant trois jours, avec céphalée et des « secousses » non myocloniques.

MILIEU. — Enfant unique. Père : maçon. Mère : sans profession.

L'enfant est sortie de l'hôpital le 31 mai guérie, ayant maigri de près de 2 kg.

CONCLUSION. — Crise pithiatique motivée par une contrariété chez une enfant unique, bien douée, sans anomalie. A noter la précocité de l'apparition du langage.

Observation XV

L..., Marc, 12 ans 7 mois.

Vu à la consultation du Docteur Heuyer le 18 septembre 1942.

BÉGAJEMENT PITHIATIQUE n'existant que dans le milieu familial, à peine marqué dans la lecture et le récit.

Début à l'âge de 9 ans, pendant la guerre.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 30,700 kg. Taille : 1,405 m. Léger retard pubertaire. Rien d'autre à signaler.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal. Remuant, vif, répondeur, raisonneur, expansif, gai, affectueux, peu obéissant.

En classe : paresseux, mauvaise conduite : dissipé, bavard.

ANTÉCÉDENT. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien à signaler.

b) *Personnels*. — Né à terme ; poids 3,500 kg. Premier développement normal.

MILIEU. — Est le plus jeune de dix enfants qui s'entendent bien. Elevé par la mère. Le père, officier de carrière, est prisonnier. La mère est sans profession.

L'enfant a changé plusieurs fois d'école. En 1940, pendant la guerre, a fait l'exode.

Le bégaiement a rapidement disparu par l'isolement, alors qu'une longue période de rééducation n'avait donné que peu de résultat.

Observation XVI

B..., Marcel, 13 ans 6 mois.

Vu à la consultation du Docteur Heuyer, le 9 janvier 1943.

CLAUDICATION PITHIATIQUE à la marche seulement, apparue à la suite d'un traumatisme (?).

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 37,500 kg. Taille : 1,425 m. Aucun trouble de la station debout, de la course, des mouvements de la colonne vertébrale. Aucun signe neurologique. Défaut de prononciation. B.W. positif.

ETAT MENTAL. — Niveau mental inférieur à 12 ans. Tests un peu dispersés.

CARACTÈRE ET COMPORTEMENT. — a) A la maison. — Expansif, affectueux, aime les animaux ; actif, remuant, serviable. Mentait jusqu'à 12 ans pour se défendre et jouer. Jusqu'à 10 ans, prenait de l'argent pour acheter des jouets.

b) A l'école. — Très turbulent auparavant, travaille bien depuis cette année. Fait effort en vue du C.E.P.

c) A l'examen. — Aspect un peu minaudier, « gngnang ».

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Père hépatique et cardiaque, coléreux. Grand-père paternel éthylique, suicidé. Mère : aurait fait de la tuberculose. Deux tantes maternelles éthyliques.

b) *Personnels*. — Accouchement normal, à terme. Poids à la naissance : 3,500 kg. Première dent à 6 mois, marche à 18 mois. Premiers mots à 18 mois ; premières phrases à 4 ans. Propreté : énurésie jusqu'à 12 ans.

MILIEU. — Enfant unique, en nourrice jusqu'à 3 ans, élevé ensuite par sa mère. Parents cultivateurs. Un peu sevré d'affection, nous dit la tante.

Le diagnostic porté par le Docteur Heuyer était celui de « PITHIATISME PROBABLE », encouragé peut-être par l'attitude un peu revendicatrice de la mère.

Nous avons revu l'enfant en septembre 1943 et avons obtenu un complément d'information : sa tante, qui l'accompagnait, nous a dit que la claudication avait cessé tout d'un coup à partir du moment où elle avait changé d'attitude à l'égard de l'enfant : d'abord, elle le plaignait à l'occasion de ses troubles, puis, ayant remarqué qu'il boitait surtout quand on lui offrait de travailler, elle se mit à se moquer de lui : le résultat fut radical.

Le diagnostic de pithiatisme s'est donc trouvé vérifié par l'évolution ultérieure. L'enfant alléguait des douleurs à la fatigue. On peut en discuter l'authenticité, puisque, si elles le gênaient pour marcher, elles ne le gênaient pas pour courir.

Observation XVII

B..., Yvette, 14 ans et demi.

Observation communiquée par le Docteur Rouart.

COXALGIE PITHIATIQUE : CRISE NERVEUSE PITHIATIQUE.

Trois semaines après une chute sur le coccyx faite à l'occasion de l'épreuve de saut en longueur pour le C.E.P., l'enfant est prise de céphalée et de vomissements et se plaint de douleurs de la hanche droite. Le médecin appelé pense d'abord à l'appendicite, puis,

en raison des douleurs de la hanche, à une coxalgie ; il prescrit en conséquence le repos absolu au lit. Ceci se passait le 11 juillet 1942. Au bout d'un certain temps de ce repos, la fillette s'était, dit la mère, « ankylosée ». En raison de cette impossibilité de marcher, on l'admet à la Salpêtrière le 9 décembre 1942, dans le service de M. Mollaret. Ce dernier obtient par suggestion une disparition immédiate de l'ankylose ; la fillette sort de la Salpêtrière le 17 décembre 1942.

Elle appréhendait de rentrer chez ses parents, qui habitent en Seine-et-Marne. Le lendemain, à 17 heures, elle fait, dans le métro, un crise nerveuse qui entraîne l'intervention de Police-Secours et le transfert d'urgence en ambulance à l'hôpital. Elle est hospitalisée dans le service du Docteur Marquezy, d'où elle sort après quatre jours d'observation sans traitement.

Vue à part par le Docteur Rouart à sa sortie, elle lui apprend que ses parents la tenaient recluse à la maison à la suite d'une aventure survenue en septembre 1941, dans les bois environnants, avec un jeune homme de 25 ans (aventure sans gravité).

Revue le 14 janvier 1943, l'enfant va bien, est gaie. Elle est retournée chez ses parents. Elle devait revenir à la consultation de l'hôpital Trousseau en avril : elle n'est pas revenue.

ETAT SOMATIQUE ET MENTAL. — Peu de renseignements. Cuti positive. Niveau intellectuel du C.E.P. Gaie. Désirait être couturière ; ne le peut pas en raison du manque de fil.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Mère : nerveuse. Grand-père maternel décédé aliéné. Père : bien portant. Grand-père paternel décédé : psychose alcoolique.

b) *Personnels.* — Née à terme. Régée à 11 ans.

MILIEU. — Père : maçon dans un petit bourg de campagne. Quatre autres enfants : deux garçons (33 et 12 ans) ; deux filles (31 et 18 ans). Yvette ne s'entendait pas avec sa sœur de 18 ans.

Observation XVIII

G..., Roland, 14 ans.

Entré à la salle Labric, dans le service du Docteur Heuyer, le 13 mai 1942, sorti le 25 juin 1943.

L'ACCIDENT PITHIATIQUE est caractérisé, ici, par des TROUBLES DE LA DÉMARCHE apparus au cours d'une mise en observation, à la Salle Labric, pour des crises comitiales probables.

L'enfant présenta d'abord une démarche vaguement ébrieuse qui pouvait faire penser à des troubles cérébelleux ; il ne présentait cependant aucun signe objectif de la série cérébelleuse ; puis, à l'examen, il adopta une démarche curieuse qui confirma le diagnostic de pithiatisme : il « faisait l'équilibriste », rétrécissant son polygone de sustentation, mettant un pied juste devant l'autre, les bras faisant balancier. Dans les épreuves de recherche de la dysmétrie au membre inférieur, l'enfant avait une hésitation saccadée pour atteindre le but fixé ; mais pas de dysmétrie nette.

À l'examen neurologique complet, vivacité des réflexes, signe du jambier antérieur de chaque côté.

ETAT SOMATIQUE. — Rien de particulier. Cuti négative. Fond d'œil normal. Liquide céphalo-rachidien normal ; en particulier, pas d'hyperglycorrhachie. B.W. et benjoin négatifs. B.W. dans le sang négatif. Numération et formule sanguines normales.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Léger retard scolaire. Inattention ; distraction. Joue peu avec ses camarades. Colères violentes, clastiques. S'énervé facilement. Taquine sa petite sœur et la pince. Dit facilement des injures et des grossièretés. Longtemps menteur.

L'étude des tests du caractère montre une grosse prédominance de l'instabilité.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : très excitable ; a présenté du bégaiement, de l'agoraphobie, de la phobie de la foule.

b) *Personnels*. — Né au terme d'une grossesse normale, par accouchement normal. Premier développement normal.

MILIEU. — A une sœur plus jeune. Situation matérielle familiale difficile : père hospitalisé, sœur hospitalisée. La mère attend actuellement un bébé.

Observation XIX

L..., Arlette, 10 ans et demi.

Hospitalisée salle Labric du 4 au 12 mai 1943.

RACHIALGIE ET CRISES NERVEUSES PITHIATIQUES.

La rachialgie existe depuis deux ans ; pour cette raison, l'enfant a été hospitalisée à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Docteur Boppe, après consultation du docteur Weissenbach ; tous deux ont conclu au pithiatisme après :

1° examen clinique et examen radiologique négatifs ;

2° épreuve d'une immobilisation dans un corset plâtré pendant 28 jours.

A la consultation du Docteur Heuyer, l'enfant s'oppose à l'examen de la colonne vertébrale, prétendant, avec une vive mise en scène, que le moindre effleurement lui cause des douleurs intolérables.

Dans le service, même mise en scène ; cependant, en insistant, on constate l'absence de point douloureux vertébral, et l'enfant reconnaît qu'aucun médecin ne lui a fait mal.

Quant aux crises nerveuses : l'enfant se roule par terre et se débat quand on lui fait une piqûre. Pendant deux ans, sous la menace de ces mêmes crises, elle a « obligé » sa mère à faire ses devoirs de classe.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 23,300 kg. Taille 1,265 m. Bon état général. Absence d'appendice xyphoïde. Ebauche de fossette coccygienne. Rien d'autre à signaler. Cuti négative. B.W. négatif.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal.

Fixation ambivalente à la mère, très marquée. Quand Arlette lit, elle appelle sa mère continuellement pour lui demander des explications ; elle est toujours « pendue » à sa mère. La nuit, comme elle se réveillait fréquemment, elle appelait sa mère auprès d'elle, prétextant des douleurs de la colonne vertébrale. D'un autre côté, elle ne peut supporter le couvert de sa mère auprès du sien et l'envoie promener ; si sa mère lui demande de faire quelque chose, elle fait le contraire ; après quoi elle regrette ces actes.

Jalousie à l'égard de son frère ; elle le bat, le mord, lui tire les cheveux.

Refuse toute autorité parentale. Répondieuse, agressive. Met les pieds sur la table. Instable.

Ces troubles sont surtout marqués depuis l'âge de 7 ans, mais l'enfant a toujours été remuante et nerveuse.

En classe, elle est paresseuse, distraite, inattentive, pas complaisante.

De plus, elle a tendance aux obsessions : remonte sans cesse ses chaussettes, s'essuie les yeux, essuie sa cuiller, « éternelle agacée », dit sa mère.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Le père est très nerveux ; a subi une cholécystectomie. Un de ses frères était syphilitique et avait des idées de persécution. Une de ses sœurs est internée pour idées de persécution. Une de ses nièces est comitiale. La mère, très nerveuse, fait du rhumatisme depuis la naissance d'Arlette. La grand-mère maternelle a également du rhumatisme.

b) *Personnels*. — Née avant terme (8 mois et demi). Poids à la naissance : 2,480 kg. Première dent : 6 mois et demi. Premiers mots à 18 mois, premières phases à 2 ans. Enurésie intermittente jusqu'à 3 ans et demi. Opérée de hernie ombilicale en 1942. A habituellement mauvais appétit.

MILIEU. — Père : chauffeur chez Citroën ; mère : sans profession. La faiblesse de la mère à l'égard de l'enfant est évidente.

Arllette a un jeune frère de 4 ans. Elle a été élevée par sa mère, mais a été absente de la maison à deux reprises pour une longue période : un an en pension en Auvergne, et un an chez sa grand'mère maternelle.

L'enfant est sortie de l'hôpital sur la demande des parents le 12 mai 1943.

Nous avons reçu de ses nouvelles en septembre 1943 : la mère nous dit qu'elle ne s'est jamais plainte de son dos depuis sa sortie.

Observation XX

P..., Irène, 19 ans.

Entrée Salle Labric, le 10 juin 1943.

ACCIDENT PITHIATIQUE : début à l'âge de 14 ans et demi, au moment où elle venait de quitter l'école pour travailler la terre.

En soulevant un sac de seigle de 50 kg., elle ressent une douleur légère au creux épigastrique. Depuis ce temps, elle se sent incapable de faire aucun effort, car la douleur la reprend. Sa force musculaire, dit-elle, n'a pas diminué : c'est la douleur qui l'empêche de soulever des poids lourds. Les charges qu'Irène était encore capable de soulever diminuèrent de poids progressivement ; au moment de son entrée, elle ne pouvait pas soulever plus d'un kilogramme.

Premier examen, à la consultation : aspect un peu guindé ; raideur en bloc de la colonne vertébrale, limitant l'amplitude de tous ses mouvements.

Léger tremblement lingual et palpébral. Diminution de l'automatisme des bras à marche à droite. Ebauche de roue dentée à gauche. Pas de signe du jambier ni de l'extenseur du pouce.

Pas de trouble de la convergence.

L'aspect de la malade au moment où on lui demande de faire l'effort de soulever un poids fait penser au pithiatisme.

Deuxième examen, dans le service : par invigoration, on obtient une plus large étendue des mouvements du rachis. On ne trouve plus le signe de la roue dentée. On ne trouve à l'examen : ni lésion vertébrale, ni lésion musculaire, ni hernie de la ligne blanche, ni lésion du tube digestif qui soit susceptible d'expliquer cette douleur.

Un examen radiologique de l'estomac, de l'intestin et de la colonne vertébrale confirme l'absence de lésions ; il existe seulement une ptose du colon transverse.

Il n'y a pas d'amaigrissement. Il n'y a jamais eu de vomissement.

La morphologie de la malade n'appelle aucune remarque ; elle a seulement l'air un peu niais et gêné.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Irène a son Certificat d'Etudes Primaires ; elle ne semble pas très intelligente.

Peu de renseignements sur son caractère. Elle nous paraît douce et gentille, plutôt indolente. Dans le service, elle s'est montrée complaisante.

Elle ne voudrait pas travailler la terre : elle voudrait être vendeuse.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien de notable.

b) *Personnels*. — Née à terme. A parlé et marché à 11 mois. A été réglée à 15 ans.

MILIEU. — Les parents sont cultivateurs dans la Savoie. Irène est la plus jeune d'une famille de 5 enfants. Elle a été à l'école jusqu'à 14 ans. Depuis son « accident », elle ne travaillait plus aux champs mais aidait au ménage.

L'isolement, quelques séances de gymnastique, le désir de retourner à la maison font disparaître les troubles, et Irène sort de l'hôpital au bout d'un mois : le 8 juillet 1943.

Observation XXI

Nous empruntons cette observation à G. MADIN (1) pour donner un exemple d'un accident pithiatique typique chez un enfant jeune.

« G..., fille de 3 ans et demi.

« *Antécédents héréditaires* : père alcoolique. Mère bien portante.

« *Antécédents personnels* : première dent à 8 mois ; marche à 11 mois. Premiers mots 9 mois. Propre de bonne heure.

« *Examen neurologique* : persistance du syndrome moteur infantile : Signe de Babinski à droite, réflexes rotuliens vifs. Conservation des attitudes parfaite.

« L'enfant est amenée pour une *flexion d'un membre inférieur* facilement réductible mais se reproduisant aussitôt et rendant la marche impossible.

« Cinq jours auparavant, l'enfant avait été contrariée, sa mère avait refusé de la prendre dans son lit comme elle en avait l'habitude. L'enfant fit deux pas sur le tapis qui séparait son lit de celui de sa mère, et, sans faire aucun effort pour remonter dans son lit, elle poussa un grand cri. Sa mère se leva aussitôt, la petite G... n'accusa aucune douleur mais dit qu'il lui était impossible de marcher. Le genou, en eget, était à demi fléchi, la mère essaya de corriger cette flexion, elle y parvint et l'enfant se rendormit. Deux heures plus tard, on voulut la lever, le genou se remit en flexion et, pendant toute la journée, la marche fut sautillante, l'orteil gauche appuyant sur le sol.

« Le lendemain, l'enfant ne voulut pas quitter son lit. Ne trouvant aucune lésion à l'articulation, nous fîmes le traitement par suggestion et l'enfant marcha aussitôt. »

Observation XXII

D..., Jean, 13 ans.

Entré Salle Blache, dans le Service du Docteur Heuyer, pour un

SYNDROME D'EXCITATION ET DE CONFUSION MENTALE PITHIATIQUES.

Son excitation a été telle, à la consultation de la porte, qu'il a fallu renoncer à l'examiner et qu'on a dû mobiliser quatre personnes pour le monter en salle : il voulait mordre, disait qu'on voulait le tuer.

Début huit jours auparavant : l'enfant eut peur dans la rue, puis chez le coiffeur, à la vue du rasoir ; rentré à la maison, il continua à manifester une peur irraisonnée, avec réactions vaso-motrices ; bien qu'il couchât dans la chambre de ses parents, il regardait sous son lit de crainte d'un intrus, dormait mal, aurait perdu la mémoire.

Durant cette semaine, deux épistaxis, un vomissement, une céphalée légère.

Le jour de son entrée, examen clinique négatif, température : 38. L'agitation se calme un peu ; l'enfant garde un air hébété, fait celui qui ne comprend pas. On pensait d'abord à un délire toxi-infectieux, ou une encéphalite.

Fait paradoxal : malgré l'absence de calmants, l'enfant dormit bien pendant la nuit.

En raison de l'absence d'insomnie (qui eût été la règle dans un réel délire aigu de cette intensité), on considéra le pithiatisme comme probable.

Signalant comme possible une encéphalite, on demanda un examen oculaire, sans mentionner l'hypothèse du pithiatisme. L'ophtalmologiste donne le compte rendu suivant de son examen : « L'attitude pendant et après l'examen fait songer fortement au pithiatisme. Le réflexe photo-moteur est normal ; le fond d'œil est normal ; la motilité extrinsèque n'est pas explorable, car les paupières sont agitées d'un frémissement incessant, les globes oculaires réversés en haut. Après l'examen, l'enfant mange seul, de bon appétit, et la motilité oculaire paraît absolument normale. Il recommence ses *grimaces* dès que l'on s'intéresse à lui. »

(1) G. MADIN : *L'enfance des Hystériques*.

L'isolement simple amena en 7 à 8 jours la guérison de l'enfant : une tentative de suggestion armée, faite au début, échoua ; par contre, la promesse de supprimer l'isolement dès la guérison se montra rapidement efficace.

Remis en Salle commune, Jean s'y comporta bien. Il nous apprit, à ce moment, qu'il se plaisait mieux à Hendaye (où il avait fait un séjour dans un préventorium) que chez lui, et qu'il voudrait bien y retourner.

Les visites de la mère étaient autorisées depuis quelques jours quand, le 23 juin, l'enfant se plaignit à elle de perdre la mémoire ; par exemple il ne se souvenait pas, disait-il, de ce qu'il avait mangé. La surveillante, informée de cette allégation, mit immédiatement l'enfant en défaut.

Le 25 juin, l'enfant fit celui qui ne veut pas manger. La mère lui dit qu'il était anémique et qu'il faudrait le replacer, et l'enfant nous dit qu'« il n'était pas si guéri que cela ».

Le 27 juin, ébauche de l'état initial que fait disparaître l'invigoration.

Le rôle du milieu familial (de la mère en particulier) étant manifestement néfaste, il fut décidé que l'enfant serait placé à La Roche-Guyon. Il sortit de la Salle Blanche le 3 août 1943.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 28,600 kg. Taille : 1,35 m. Morphologie « miniature ».

Rien à signaler à l'examen clinique, à part une légère tendance à la conservation des attitudes au membre supérieur. A aucun moment de son séjour à l'hôpital, l'enfant n'a présenté de signe de la série extrapyramidale, ni uriné au lit. La cuti est positive. Sur le cliché radiographique pulmonaire, assez nombreuses calcifications hilaires bilatérales ; trame broncho-vasculaire un peu marquée.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental à peu près normal : un peu inférieur à 12 ans. Tests dispersés. La mère le dit « très gentil » ; elle le corrige toutefois fortement, car il est « assez difficile ». Dans la salle, il s'est montré sociable avec ses camarades. Il a l'air sournois et dissimulé.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Père : maladie du foie ; ne boirait pas (?) ; calme ; un peu renfermé.

Mère : en bonne santé ; a fait une fausse couche spontanée de 3 mois. Débile, suggestible, elle répond à l'interrogatoire par des phrases labyrinthiques sur le ton d'une pleurnicherie sans larmes. Petite tendance revendicatrice. Une de ses nièces est nerveuse ; un de ses neveux est énéurétique.

b) *Personnels*. — Né avant terme, vers 8 mois. Poids à la naissance : 2,300 kg. Première dent à 1 an. Marche à 14 mois. Parole avant 1 an. Propreté vers 3 ans ; reprise de l'énurésie vers 6 ans.

A été élevé en nourrice de 14 mois à 2 ans. Est ensuite resté chez sa mère jusqu'à 6 ans. A l'âge de 6 ans, il part à Hendaye, où l'énurésie fut rare. A son retour d'Hendaye, où il était resté 21 mois, il était gai et en très bon état physique. On le remet à l'école : au bout de 2 à 3 mois, il n'avait plus de forces, flageolait sur ses jambes. On le reprend à la maison, et, à chaque fois qu'on veut le remettre à l'école, la comédie recommence ; elle dure 3 à 4 ans, jusqu'à ce que, en avril 1941, sa mère obtienne pour lui un nouveau départ à la campagne, à Saint-Pierre-d'Albigny. Il y reste trois mois, s'y plaisant bien. Dès son retour, reprise des troubles : « L'enfant flageolait, se laissait aller en loques par terre », dit la mère, « il avait mal partout ». Nouveau départ à Hendaye, où il resta 9 mois. L'enfant revient le 9 avril 1943 en parfait état. Au bout de quelques jours, la mère consulte à nouveau aux Enfants Malades : on trouve l'enfant en bon état ; on prescrit hygiène et traitement banal, et on dit à l'enfant qu'il devait s'endurcir pour aller à l'école. La mère fait différentes démarches dans les bureaux du service social à l'hôpital pour obtenir un nouveau départ ; l'enfant l'accompagnait ; elle disait : « S'il ne part pas, il va tomber malade »... Il tomba malade un mois et demi après, et, cette fois, fit bien les choses : il obtint gain de cause, puisqu'il partit pour La Roche-Guyon.

MILIEU. — Enfant unique ; a toujours couché dans la chambre de ses parents.

Le père, menuisier en cadres, acheta un fonds il y a quelques années ; mais le ménage fut incapable de le gérer ; ils furent en butte à des aigrefins qui essayèrent de les escroquer à propos du fonds, lequel devait être rendu au cas où les paiements à échéance ne seraient

pas exécutés. De ce fait, le ménage vécut plusieurs années sous la menace d'une grosse perte d'argent, et la femme exhalait une perpétuelle lamentation dont l'enfant se rendait compte. La période la plus dure fut vers la sixième année de l'enfant : c'est précisément à ce moment qu'il redevint énurétique.

Le rôle de l'hétéro-suggestion pathologique ayant la mère comme point de départ est manifeste dans cette observation. Le séjour dans le milieu familial eût sans doute amené une récidive ; l'éloignement à nouveau de l'enfant était indispensable.

Observation XXIII

P..., Ginette, 12 ans.

Entrée Salle Labric, dans le Service du Docteur Heuyer, le 19 novembre 1941.

pour HALLUCINATIONS (?) visuelles et auditives existant depuis cinq mois environ.

L'enfant entendrait, dit-elle, des voix sans en comprendre le sens : comme un chuchotement.

Cette audition est parfois associée à la vision (?) d'un homme assez âgé, habillé de noir, coiffé d'une casquette et portant moustaches, qui veut la battre, lui faire du mal ; il lui parle et lui fait peur. Il ressemble à un homme qu'elle avait vu chez sa nourrice et qui lui avait demandé d'aller chercher du lait : en route, elle avait bavardé et renversé le lait.

Ces soi-disant hallucinations surviennent dans des circonstances particulières : le jour, quand elle est seule, en tricotant par exemple ; la nuit, quand elle ne dort pas : alors, elle se cache sous les draps, y compris les mains. En compagnie de ses camarades, l'enfant n'a pas d'hallucinations.

Avant son entrée à la Salle Labric, l'enfant était hospitalisée à la Salle Parrot, pour une mammitte et présentait à quelques reprises ces visions et auditions imaginaires.

Un mois auparavant, elle avait vu un fakir qui avait fait parler une tête de mort, ce qui l'avait beaucoup impressionnée.

Depuis trois ans, elle est allée à plusieurs reprises voir son père, qui est interné ; cela aussi l'a beaucoup impressionnée.

L'enfant fut isolée Salle Labric. Le deuxième jour après son entrée, elle présentait à deux reprises, pendant un temps bref, ces mêmes phénomènes ; puis, plus rien pendant un mois, jusqu'à sa sortie, le 21 décembre 1941.

ETAT SOMATIQUE (Compte rendu non retrouvé). — Le fond d'œil et l'acuité visuelle ne donnaient lieu à aucune remarque. Le liquide céphalo-rachidien était normal. Réaction de B.W. et de benjoin normales.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Retard intellectuel ; niveau mental : à peine 9 ans.

C'est avant tout une mythomane. Dès l'âge de six ans, on remarque chez elle, à l'école et à la maison, une remarquable richesse de fabulation, sans tendance calomnieuse marquée (quelques rares accusations).

De plus, mauvaise camarade, combative, agressive vis-à-vis de ses condisciples et de ses frères.

A commis des vols et des déprédations chez des gens qui l'avaient accueillie pendant l'exode.

S'est bien comportée au Centre médical pédagogique du Raincy, d'où elle sortit la première fois en raison de l'exode, la seconde fois au bout d'un mois, car elle se plaignait de céphalée et de douleurs dans les jambes.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Père : interné pour éthylisme (violences). Deux cousines germaines du côté paternel sont internées. Les grands parents et les oncles et tantes du côté paternel sont tous très coléreux.

Mère : aurait une tuberculose pulmonaire non évolutive.

Les deux frères de Ginette sont au Centre médical pédagogique du Raincy ; l'un est coléreux ; l'autre a quelques crises comitiales.

b) *Personnels.* — Le premier développement ne nous est pas connu. Rien à signaler.

MILIEU. — On s'imagine ce qu'a pu être la vie de l'enfant, avec un père coléreux, éthylique violent, des grands-parents, oncles et tantes entre lesquels des scènes violentes survenaient sans cesse, un frère coléreux, un autre frère comitial. A signaler de plus de fréquents changements d'école et de localité.

COMMENTAIRES. — L'évolution est venue confirmer le diagnostic de pithiatisme, probable déjà sur l'aspect atypique, l'absence de « contexte », et les circonstances d'apparition du syndrome.

Le père, interné, présente vraisemblablement des hallucinations (éthylisme au Pernod). Leur spectacle a-t-il été chez l'enfant le point de départ d'une imitation plus ou moins consciente ? Ginette a-t-elle reçu d'un germe abondamment imprégné une tendance similaire ?...

Observation XXIV

C..., André, 14 ans 9 mois.

Hospitalisé Salle Blanche, du 26 janvier au 4 avril 1943.

MYTHOMANE.

Très intelligent et d'une fabulation riche et féconde. Présente depuis trois ans :

1° des crises nerveuses (plusieurs chaque jour) qui se décomposent en :

- crises comitiales, vérifiées par l'observation et l'électroencéphalogramme ;
- crises convulsives diurnes dont il a avoué la simulation ;
- crises nocturnes pithiatiques, caractérisées par de l'agitation, des cris, des mots orduriers, des coups à l'entourage, dont le caractère pithiatique a été vérifié par l'observation ;

2° des troubles graves du caractère ; vols, violences (dont certaines ont une cause occasionnelle légitime et d'autres sont sans motif), agitation ;

3° un fléchissement scolaire marqué.

A son entrée, l'enfant avait plusieurs crises par vingt-quatre heures. Les crises ont débuté à l'occasion d'un choc affectif, le lendemain de son départ pour l'exode (juin 1940) : la veille, l'auto dans laquelle il se trouvait avait été mitraillée et avait eu des dégâts sans que les occupants fussent blessés ; de plus, durant la nuit, l'enfant s'était figuré que sa mère avait des rapports sexuels avec le conducteur de l'auto, lequel n'était pas son père.

Soigné et mis en observation à diverses reprises depuis cette époque, il n'y eut aucune amélioration, en particulier à la suite d'un traitement par le gardénal.

Cet échec du traitement gardénalique, ainsi que les aveux de crises simulées firent d'abord considérer l'enfant surtout comme un pithiatique.

L'isolement n'amena pas une grande amélioration. Un essai d'invigoration entraîna une augmentation des crises. Un traitement par le gardénal, joint à une attitude plus affectueuse du médecin et associé à la psychanalyse, entraîna une très notable diminution du nombre des crises : aucune crise durant 16 jours. On supprime le gardénal : trois crises le lendemain ; aucune pendant huit jours, puis, le 2 mars, deux crises, et une le 3, toutes trois sûrement comitiales. On reprend le gardénal, qu'on associe à un traitement par des injections bi-hebdomadaires de stérandryl. Le mois qui précède sa sortie, l'enfant présente encore des crises à trois reprises : quatre le 23 mars (observées et diagnostiquées pithiatiques), quatre le 27 mars et trois le 30 mars (vraisemblablement aussi de nature pithiatique). L'état caractériel est stationnaire.

L'enfant est placé dans un établissement médico-pédagogique et doit continuer son traitement gardénalique. Nous avons reçu de ses nouvelles le 6 mai par le directeur de l'établissement : l'enfant est toujours agité, mythomane ; la nuit, quelques cris, mais pas de crise sérieuse.

Nous n'avons rapporté cette observation, esquissée à grands traits, que pour donner un exemple d'un cas de pithiatisme associé à d'autres manifestations : ici, les crises, comi-

tiales, simulées, et pithiatiques s'intriquent, et viennent compliquer le diagnostic et le traitement.

Le traitement gardénalique seul n'amena pas d'amélioration ; l'isolement seul ne procura pas de sédation : celle-ci fut le résultat de leur association jointe à la psychothérapie. Elle reste précaire, et le pronostic des troubles du caractère reste réservé.

Le père de l'enfant est éthylique. Les parents, tous deux nerveux et coléreux, ne s'entendent pas : il serait question de séparation. L'enfant est unique. Son premier développement a été normal. Il n'a pas eu de convulsions. Le B.W. dans le sang est négatif. L'examen somatique est entièrement négatif, à part quelques secousses nystagmiformes dans le regard extrême en haut.

Observation XXV

R..., André, 12 ans.

Vu à la consultation du Docteur Heuyer, le 13 décembre 1939.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES DE SOMMEIL, surtout post-prandiales. Les yeux sont tantôt fermés, tantôt ouverts ; dans ce dernier cas, l'enfant est calme si on ne le regarde pas, s'agite furieusement et veut battre et mordre si on le regarde, pleure si l'on prend un air sévère. Il garde les jambes raides, mais non les bras. Rêve tout haut, surtout de chiens, dont il a très peur.

La mère raconte longuement ces différentes crises et nous apprend que ce sommeil spécial survient parfois en deux secondes, mais que l'enfant a toujours le temps, s'il est debout, de s'asseoir ou de s'allonger ; qu'une longue crise eut deux interruptions : l'une de deux minutes, pour descendre uriner, l'autre de trois quarts d'heure : le temps de prendre son repas.

Nous savons d'autre part que la première crise survint le premier jour où il est allé à l'école (ce qui n'empêche la mère d'incriminer l'influence maritime).

Mis en observation dans le service du Docteur Weill-Hallé, l'enfant n'eut aucune crise. Elles reprirent dans le milieu familial, et l'enfant fut proposé pour le Foyer de Soullens.

ETAT SOMATIQUE. — Thorax en carène ; rien d'autre à signaler.

Lors d'un séjour à l'hôpital de Caen à l'occasion des premières crises : B.W. négatif ; liquide céphalo-rachidien normal ; radiographie pulmonaire normale.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental inférieur à son âge : moins de 10 ans.

Bonne conduite à l'école.

A la maison : obéit lentement. Faisait, étant petit, de fortes colères (se roulait par terre). Affectueux ; s'entend bien avec ses frères. Assez renfermé ; se lie difficilement avec d'autres enfants. Aime les animaux, sauf les chiens, dont il a peur.

Très franc. A eu une période d'agressivité après une mastoïdite : voulait mordre ses sœurs.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Père : a présenté des accidents névropathiques qu'il est impossible de cataloguer : sa femme parle de « crises de neurasthénie » avec « regard spécial », et « incompréhension de ce qu'on dit ». Quelques crises furent violentes. Consanguin à la mère (issu de germain). La grand-mère maternelle a été internée à Sainte-Anne pour idées de suicide. Les six frères et sœurs de l'enfant sont normaux ; aucun n'a présenté de crise comparable à celles du père.

b) *Personnels.* — Né au terme d'une grossesse normale. Pas de retard de la dentition, de la marche, de la parole. Par contre, énurésie intermittente jusqu'en octobre 1939. Mastoïdite à 5 ans.

A été renversé par une auto à l'âge de 6 ans et demi ; n'a pas perdu connaissance : céphalée, aurait rendu du sang (dent cassée ?).

MILIEU. — Sept enfants : 4 garçons et 3 filles ; André est l'avant-dernier. Le père est employé de Métro. A été élevé par ses parents.

Observation XXVI

F... ,Olivier, 12 ans.

Vu par le Docteur Heuyer à sa consultation le 20 avril 1940.

DYSPHAGIE FONCTIONNELLE PITHIATIQUE :

Ne veut avaler que des aliments liquides ou pâteux ; refuse d'avalier les aliments solides. Début il y a deux ans.

Crises de même nature depuis la même époque : cris, agitation, l'enfant se plaignant alors d'oppression et d'anxiété.

ETAT SOMATIQUE. — Bon état général ; rien à signaler. Examen radiologique de l'œsophage, de l'estomac et du thorax négatifs.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental normal.

a) A la maison. — Nerveux, répondeur, assez obéissant, assez affectueux ; très autoritaire, colères terribles : veut empêcher ses sœurs de danser et de chanter.

b) A l'école. — Assez bon travail. A des camarades. Imaginatif : compose des histoires et des chansons.

c) D'après l'interrogatoire de l'enfant. — Emotif ; tendances schizoïdes ; préoccupations au-dessus de son âge : veut être pasteur pour s'isoler et prêcher.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien de signalé. Le père est décédé d'une maladie de foie (?).

b) *Personnels*. — Né à terme ; poids : 5 kg. Marche à 11 mois. Parole normale. Propreté vers 1 an. A 18 mois, ne voulait prendre que le biberon. Jusqu'à 3 ans, prenait des bouillies au biberon.

MILIEU. — Très défavorable : il est question de spiritisme, de magie noire. L'enfant a d'abord été élevé par sa grand-mère qui faisait tout ce qu'il voulait et prenait son parti en toute circonstance (plaintes contre deux maîtres d'école, plainte au directeur de l'hôpital). Elevé par sa mère. Il a changé plusieurs fois d'école.

La famille compte 4 enfants. Olivier est le seul garçon.

L'étude psychanalytique, faite par Mme Morgenstern, indiquait : « Conflit familial, jalousie à l'égard des sœurs, fixation à la mère ».

Observation XXVII

G..., Christiane, 5 ans,

vue à la consultation du Docteur Heuyer le 12 mars 1943.

ANOREXIE MENTALE.

Début en octobre 1942, au moment où l'enfant a quitté ses grands-parents pour vivre avec sa mère et aller à l'école. Disparition de l'anorexie pendant un nouveau séjour chez les grands-parents à l'occasion d'une varicelle.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 18,600 kg. : l'enfant a maigri de trois livres depuis le mois d'octobre 1942. Taille : 1,07 m.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Très intelligente ; niveau mental supérieur à 6 ans.

a) A la maison. — Affectueuse. Entêtée. Joue normalement avec sa sœur ; ne se dispute pas avec elle. Complaisante.

Petite crise de tristesse durant une huitaine de jours il y a un mois. En temps habituel, gaie, ayant de l'entrain.

b) A l'école. — Se bute. Paresseuse. Apprend facilement. Dirige les jeux ; veut toujours commander.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien à signaler.

b) *Personnels*. — Née à terme par accouchement normal. Poids à la naissance : 3,250 kg.

MILIEU. — A une sœur de 6 ans et demi. Elevée par ses parents jusqu'à l'âge de 20 mois, vécut ensuite seule avec ses grands-parents jusqu'en juin 1940, puis avec ses grands-parents et sa mère jusqu'en mars 1942, date où le père rentre de captivité. L'enfant a envers lui une attitude hostile. La grand-mère prenait toujours le parti des enfants contre la mère. De mars à octobre 1942, l'enfant vit de nouveau seule avec ses grands-parents.

C'est en octobre 1942, au moment de la reprise par les parents et de l'envoi à l'école, qu'est apparue l'anorexie.

Nous avons reçu des nouvelles de l'enfant en septembre 1943. La mère nous dit qu'elle est en « parfaite santé » et qu'elle a une mine superbe.

Observation XXVIII

M..., Léa, 14 ans et demi.

Entrée Salle Labric, le 20 janvier 1943.

ACCIDENT PITHIATIQUE : ANOREXIE MENTALE ayant entraîné, en 8 mois, un amaigrissement de 10 kg., de la pâleur, une tendance lipothymique.

Le début remonte au mois de janvier 1942. L'enfant était dans un camp de jeunesse. Bien en chair, elle subissait à ce propos les plaisanteries de ses camarades, et l'idée de son embonpoint, spécialement de sa poitrine, tournait à l'idée fixe et entraînait un état de nervosité : instabilité, irritabilité, crises de larmes.

Elle commence à suivre un régime de restrictions, prend même quelques pilules « anti-graisse ». Peu à peu, l'anorexie, l'affaiblissement, l'amaigrissement surviennent. A Noël, elle arrête son travail, reste désœuvrée chez elle, devient renfermée, solitaire.

ETAT SOMATIQUE. — A son entrée, l'enfant est pâle, très amaigrie : 33,800 kg., les côtes saillantes, l'air triste et renfermé. L'examen des différents appareils est négatif. Cutiréaction négative. Radiographie pulmonaire normale. Il existe une anémie isochrome simple (3.300.000 globules rouges, 9.000 leucocytes), sans modification de pourcentage. Urée sanguine : 0,20 g. Glucose sanguin : 0,90 g.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Peu de renseignements : l'intelligence paraît normale ; l'enfant est studieuse ; aime aussi la couture et les travaux du ménage. Elle a beaucoup de goût pour la couture. Peu expansive.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien à noter.

b) *Personnels*. — Née à terme, accouchement normal ; poids : 4,500 kg. Premier développement normal.

MILIEU. — Parents italiens. Père : maçon. Famille de quatre filles dont Léa est la troisième. Le milieu semble favorable. Après avoir suivi l'école, Léa est entrée en apprentissage pour la couture.

L'enfant fut isolée ; on lui donna par jour trois litres de lait qu'elle absorba sans difficulté. En huit jours, elle grossit de 1,700 kg. On continua par un régime plus varié sans que revienne l'anorexie, et l'enfant sortit au bout d'un mois ayant grossi de 9 kg. et en bon état physique. Une nouvelle numération fut faite ; nous n'en avons pas le résultat.

Une sœur de Léa nous a appris que celle-ci avait un penchant pour un jeune homme inconnu de la famille. La crainte de ne plus plaire à l'être aimé (plutôt que la coquetterie blessée) pourrait expliquer le désir d'amaigrissement et l'anorexie consécutive. Mais il y a peut-être des raisons plus complexes : en effet, la psychanalyse faite par Mlle Boutonier

a montré chez la fillette l'existence, à la fois d'une répugnance à accepter la notion de sexe, et d'une grande ignorance à ce sujet : elle ne savait pas comment on distinguait les sexes à la naissance : et croyait que « ça » poussait aux garçons après ; elle ne savait rien de précis sur la conception et vivait avec la crainte « d'avoir des enfants quand on ne le veut pas ». A l'âge de 12 ans on lui avait parlé de naissance et d'accouchement en lui faisant peur. Bref, tout ce qu'elle savait de la sexualité était entouré d'une atmosphère de crainte. Elle raconta d'autre part que les garçons profitaient souvent de l'obscurité pour lui faire subir des attouchements brefs et rapides. A-t-elle eu peur, dans son ignorance de la conception, de devenir enceinte à la suite de ces seules manœuvres ? On ne peut en repousser l'hypothèse : elle insiste, à propos des moqueries dont elle était l'objet, sur l'expression « boîte à lait » employée à propos de ses seins ; elle a peut-être interprété cette expression dans un sens confirmant sa croyance à une grossesse inexistante. Là encore on n'a pu tout éclaircir, mais l'enfant est sortie guérie de son anorexie, éclairée sur l'indispensable au point de vue des connaissances sexuelles, et débarrassée de toute crainte sur la conception et la naissance des enfants.

Observation XXIX

Les frères O...-M... : Gilles, 8 ans ; Raphaël, 4 ans.

ACCIDENT PITHIATIQUE : ANOREXIE MENTALE.

Leur observation offre l'intérêt de la constatation, à plusieurs années de distance, d'un même accident pithiatique chez deux frères ; c'est pourquoi nous signalons leur cas ; mais nous ne le signalons qu'avec réserves : en effet, nous ne connaissons le cas de Gilles que par anamnèse ; quant à Raphaël, nous l'avons observé Salle Blache : il avait réellement une anorexie mentale, guérie par l'isolement, mais présentait d'autre part une obésité exagérée, avec petits organes génitaux faisant penser à un déficit hypophysaire.

ANTÉCÉDENTS. — La mère, basedowienne, très émotive, nerveuse, très préoccupée de l'alimentation des enfants et de son insuffisance possible, nous semble avoir été à l'origine de l'anorexie de Raphaël. Le grand-père maternel est mort de paralysie générale.

MILIEU. — Israélites tunisiens. Le père est dans un camp de concentration.

Observation XXX

R..., Paulette, 15 ans.

Hospitalisée Salle Labric, dans le Service du Docteur Heuyer, du 11 avril 1941 au 19 juin 1941 pour :

ACCIDENT PITHIATIQUE : ANOREXIE MENTALE.

A la suite de la cure d'isolement, associée à la prise de Stérogyl simple et de protoxalate de fer, l'enfant grossit de 6 kg. La reprise pondérale fut retardée par quelques jours de fièvre avec angine blanche au début du séjour à l'hôpital.

L'histoire de cette anorexie débute à l'âge de 2 ans. L'enfant était alors en nourrice chez sa grand-mère, à la campagne ; capricieuse, difficile, elle ne mangeait que sous condition : par exemple, elle n'acceptait de prendre son tapioca que si on le lui servait dehors. Elle revint chez sa mère à l'âge de 3 ans et habita Nevers ; elle garda ce même appétit versatile et il fallait user de subterfuges, d'amusements pour la faire manger ; cependant la croissance se faisait normalement : l'enfant était robuste ; vers 11 ans, apparition d'une scoliose, dont le début coïncide avec une accentuation de l'anorexie ; l'appétit reste encore variable jusque vers la fin de la quatorzième année. A ce moment, l'anorexie s'accuse, entraîne de l'amaigrissement et motive l'entrée à l'hôpital.

Nous avons revu l'enfant le 13 septembre 1943, soit deux ans et demi après cette anorexie. La guérison s'en est maintenue, mais le psychisme n'est pas modifié.

ETAT SOMATIQUE. — A l'exception de la scoliose, morphologie normale. Légère adiadococinésie et diminution des réflexes tendineux aux membres inférieurs.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Pas de signe de la série mélancolique ni schizophrénique. Enfant intelligente : vient d'être reçue à la première partie du baccalauréat ; a toujours été difficile, capricieuse, « égoïste » dit la mère, émotive, rougissant facilement ; elle a toujours été renfermée, parlant peu, ne riant pas, ne se livrant pas, sauf un peu à sa sœur aînée qui est gaie et exubérante ; elle est affectueuse, mais non démonstrative, douce avec les petits et avec les animaux.

En classe : travailleuse, consciencieuse, scrupuleuse.

Depuis sa scoliose, elle présente un complexe d'infériorité et de timidité.

A l'interrogatoire, elle élude souvent la réponse par un rire muet et soudain. Paulette a manifestement la nostalgie de la campagne pour laquelle elle manifestait lors de ses premières années un attachement véritablement passionné.

ANTÉCÉDENTS. — Rien à signaler de notable ; en particulier, aucun antécédent psychique familial.

MILIEU. — Paulette est la seconde d'une famille de cinq enfants qui comprend : Edmée, 19 ans ; *Paulette, l'intéressée*, 15 ans⁶ ; Charles et Edmond, jumeaux, 14 ans ; Suzanne, 8 ans.

Tous sont bien portants, gais et plutôt exubérants.

Le père est employé à la S.N.C.F. La mère est institutrice : elle est, vis-à-vis de ses enfants, froide et peu démonstrative. Depuis le retour de Paulette dans sa famille, la grand-mère vit avec les parents.

Observation XXXI

F..., Camille, 10 ans 6 mois.

Vue à la consultation du Docteur Heuyer, le 12 mars 1943.

ACCIDENT PITHIATIQUE : CRISES D'AGITATION, avec pleurs et cris, tremblement, hors de proportion avec le motif occasionnel : elle fait par exemple une telle crise à l'occasion de l'épreuve des tests, puis se calme peu à peu, mais garde un parler enfantin, des attitudes de bébé, suce son pouce, et se cramponne à son père.

Début en décembre 1942. A la même époque sont apparus :

- 1° des peurs inconsidérées pour tout : la nuit, elle se réveille en sursaut, croit voir des gens dans la chambre ; elle se cramponne à son père, le serre nerveusement ;
- 2° des douleurs gastriques et des vomissements pour lesquels on conclut, après examen, à une origine « nerveuse ». Les vomissements disparurent rapidement à la suite d'un traitement « pour l'estomac » ; les douleurs persistaient, permanentes.

En raison de ces troubles, arrêt de la scolarité et vie familiale difficile.

Isolée Salle Labric le 13 mars 1943, l'enfant eut quelques crises les deux ou trois premiers jours, puis tout s'arrangea rapidement. Elle sortit le 3 avril 1943.

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 30,450 kg. Taille : 1,31 m. Puberté en cours $P_1A_0S_1$. Anorexie. Abdomen météorisé. Grosses amygdales. Cuti positive. Radiographie pulmonaire : quelques calcifications hilaires. Accentuation de la trame broncho-vasculaire vers la base droite.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental supérieur à son âge : 4/5 des tests de 12 ans ; 2/5 des tests de 15 ans. Affectueuse, douce, très attachée à sa sœur, qui tient la place de la mère dans la maison. Air bébé ; minaudière. Colères brèves. Aime les animaux.

Semble avoir été très frappée par la mort de sa mère. Très impressionnée par les bombardements et la D.C.A.

A des amies de son âge, mais a quitté le patronage religieux parce qu'elle y trouvait les jeux trop enfantins.

A l'école, bonne conduite et bon travail.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Père : gazé de guerre, asthmatique, nerveux. Mère : décédée de tuberculose pulmonaire en 1941. Un frère nerveux.

b) *Personnels*. — Née à terme après grossesse normale. Accouchement difficile : présentation du siège. Poids à la naissance : 2 kg. à 2,5 kg. Pas de retard du premier développement.

MILIEU. — Père : mouleur en bronze : 50 ans. Une sœur et trois frères dont le plus jeune (19 ans) vient de partir pour l'Allemagne. La sœur, Paulette, 22 ans, employée de banque, a remplacé la mère décédée dans son rôle de maîtresse de maison. Camille a changé d'école il y a un an.

La psychanalyse faite par Mlle Boutonier a montré l'existence d'un net sentiment de culpabilité, dont il est difficile de retrouver l'origine. L'enfant est très fixée à son père : avant la mort de la mère, lorsque la fillette avait peur, les parents la prenaient dans le lit conjugal ; la mère morte, ce fut le frère qui coucha habituellement avec le père ; lors d'une peur, la fillette retournait au lit commun, mais le frère ronchonnait. Camille le représente comme jaloux d'elle : c'est peut-être elle qui était jalouse de lui. Or ce frère vient de partir pour l'Allemagne.

En raison de sa fixation à son père la fillette a peut-être eu le désir de prendre d'abord la place de sa mère, puis celle de son frère. A-t-elle pensé que son désir avait une part de responsabilité dans la mort de sa mère, puis dans le départ de son frère ? Ce serait là l'origine de son sentiment de culpabilité (?)... C'est possible, mais rien ne permet de l'affirmer.

Ce qui est certain, c'est la persistance du complexe d'Œdipe, et l'existence du sentiment de culpabilité.

Observation XXXII

G..., Lucienne, 13 ans.

Hospitalisée Salle Labric, le 13 mai 1943.

Début brutal, le 15 mars 1943, d'un ENSEMBLE DE TROUBLES :

1° L'enfant accuse une CÉPHALÉE VIOLENTE, à prédominance occipitale et irradiation périorbitaire, survenant par crises de cinq minutes, pendant lesquelles elle s'agite, se frappe la tête à coups de poing, cherche à s'enfoncer un couteau dans l'oreille. En plus, photophobie : l'enfant réclame des lunettes noires. Nausées sans vomissement. Les crises de céphalée sont séparées par des intervalles d'une heure ; elles n'existent pas la nuit. Elles diminuent rapidement de fréquence et d'intensité et disparaissent au bout de quinze jours.

2° CHANGEMENT DE CARACTÈRE : jusqu'alors douce et polie, l'enfant devient insolente, effrontée, insultant les gens dans la rue.

3° HALLUCINATIONS : elle s'imagine que quelqu'un est en face d'elle et veut la frapper ; elle gesticule en simulant un combat, déplaçant des chaises, frappant les murs. Un jour, elle se bat avec toute une penderie de vêtements en s'imaginant que ce sont des adversaires menaçants. Ces adversaires sont toujours les mêmes : deux ou trois garçons de son école, qui la menacent, dit-elle, avec des couteaux et des bâtons. Elle tient des conversations avec des objets ou un mur. Les hallucinations sont surtout fréquentes vers quatre heures du matin : une fois, elle se sauve par la fenêtre.

4° CRISES DE PALEUR soudaine et intermittente.

5° RÉACTIONS AGRESSIVES, l'air hagard, sur des personnes.

6° CHUTES sur le dos, sans se faire mal.

L'amie qui l'accompagne raconte qu'un jour, dans le train, Lucienne semblait en imminence de crise ; mais cette amie continua à regarder du côté opposé : Lucienne changea alors d'attitude et se rassit.

Observée dans le service pendant un mois, l'enfant s'y comporte bien.

ETAT SOMATIQUE. — A l'entrée, légère excitation hypomaniaque.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Intelligente.

a) A la maison. — Polie, affectueuse avec son beau-père, sa mère, son jeune frère. Craint son vrai père. Exigeante, difficile, désobéissante. Pas menteuse. Intéressée de façon sordide. Turbulente. Tendances instables.

b) A l'école. — Travail satisfaisant, mais caractère difficile ; insolente, arrogante, turbulente, entêtée. Un jour, par son obstination et son arrogance, elle a fait « pleurer de rage » son maître d'école. (Elle nie cet incident.)

c) Chez Mme B... — Témoigne à Mme B... et à sa fille une affection excessive et ostentatoire ; leur embrasse les mains, leur donne tout ce qui lui appartient ; un jour, à dix heures du soir, elle leur apporte des fleurs qu'elle vient d'aller cueillir ; un autre soir, elle envoie chercher Mme B..., ne voulant pas s'endormir avant de l'avoir embrassée. Très serviable, très obéissante.

d) Dans le service. — Considérée comme gentille, affectueuse, intelligente.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux.* — Mère : douce, sale, désordonnée, incapable d'élever ses enfants ; inconduite persistante. Père : éthylique. Les grands-parents maternels et une sœur de la mère sont décédés de tuberculose. Un frère (9 ans) est souffreteux, mais intelligent.

b) *Personnels.* — Aucun renseignement.

MILIEU. — Le milieu familial est singulier. Le ménage d'où est issue Lucienne divorce, en raison de l'inconduite de la femme ; chacun se remarie de son côté, puis les deux ménages cohabitent durant quelque temps. Le nouveau ménage couche dans la même pièce que les enfants. Une nuit, alors que Lucienne avait 9 ans, l'évasion d'un nouvel amant de sa mère fut saluée d'un coup de revolver.

Le beau-père de Lucienne est actuellement prisonnier. La mère, sale et miséreuse, aurait, paraît-il, une meilleure conduite. Une personne charitable (Mme B...) s'occupe de Lucienne et de son frère. Ce frère (9 ans) est du premier lit ; il n'y a pas d'enfant du second lit. Un autre enfant est décédé d'ostéomyélite.

En résumé, il y a ici : excitation hypomaniaque, crises émotives et pithiatisme représenté par de fausses hallucinations, des crises nerveuses, une mise en scène à propos de la céphalée qui était peut-être réelle.

La psychanalyse faite par Mlle Boutonier met en évidence d'abord un gros besoin d'attirer l'attention, puis une fixation à l'égard de son vrai père : le premier mari, qu'elle dénomme « le premier » ou « G... » mais jamais « papa ». Il s'agit d'une fixation ambivalente : elle se sent attirée vers lui et elle en a peur ; peur qu'il ne l'enlève, peur qu'il ne la tue ; elle l'accuse d'avoir fait mourir une de ses sœurs en lui faisant manger de la charcuterie ; en réalité, ladite sœur est morte d'une appendicite aiguë.

Il n'a pas été possible d'en savoir davantage, l'enfant ayant cessé tout contact avec la psychanalyste dès sa sortie de l'hôpital.

Il y a à l'origine de l'accident, nous semble-t-il, d'une part le désir d'attirer l'attention, d'autre part la crainte d'agression sexuelle : la menace des garçons avec leurs bâtons, leurs couteaux est une allusion transparente.

Observation XXXIII

partiellement publiée in : *Revue Médicale Française*, sept. 1941 (1)

B..., Claudine, 10 ans et demi.

« Entrée dans le service du Docteur Heuyer, le 18 mars 1941, pour une claudication extrêmement marquée, accompagnée de douleurs dans la hanche gauche et dont le début remonte à deux mois environ. Un jour du début de janvier, brusquement, elle n'a pu se lever de table, ses jambes restant pliées sous elle ; elle se plaignait en même temps de douleurs très vives dans la hanche gauche. Elle fut transportée à l'Hôpital Bretonneau et gardée en observation pendant dix-sept jours en raison des phénomènes de claudication et d'une température subfébrile. Mais l'absence totale de signes organiques fit rapidement con-

(1) HEUYER et HUREZ : « Le Pithiatisme chez l'enfant ».

clure à des manifestations pithiatiques, et c'est avec le diagnostic de coxalgie hystérique que cette enfant fut envoyée dans le service du Docteur Heuyer par le Professeur Leveuf.

L'examen clinique du service, une consultation du Docteur Lance, une radiographie du bassin et des articulations coxo-fémorales, un examen électrique des masses musculaires confirment le diagnostic de pithiatisme.

« Il importe d'ailleurs de préciser que la nature anorganique de cet état ne s'imposait pas à un examen superficiel. L'enfant souffrait réellement d'une façon intense à la marche et à toute tentative de mobilisation. La claudication était marquée, trop marquée même, la cuisse demi-fléchie sur le bassin, et le pied ne reposant sur le sol que par la pointe des orteils dans les tentatives de marche. A noter également une légère dénivellement de la courbe de température : 37,3 le matin, 37,9 à 38 le soir, et l'existence d'une cuti-réaction positive. Après plus de deux mois d'évolution de cette pseudo-coxalgie il existait un léger degré d'hypotonicité musculaire justifiée par l'immobilisation du membre. Un tel tableau clinique, en l'absence d'examen complémentaires, pouvait égarer le diagnostic vers une cause organique. Cependant, la psychanalyse, faite par M. André Berge, à l'obligeance duquel nous devons le compte rendu ci-dessous, entraîna la guérison : l'enfant sortit absolument normale le 3 mai 1941. »

ETAT SOMATIQUE. — Poids : 25,600 kg. Taille : 1,30 m. Rien à signaler en dehors des symptômes précédemment décrits.

ETAT MENTAL ET COMPORTEMENT. — Niveau mental : 9 ans 1/2.

A la maison. — Calme. Très renfermée. Très désordre. Obéissante, répondueuse, taquine, autoritaire, coquette, appliquée, complaisante. Pas de colère. Peu affectueuse. Aime les animaux. Ment pour s'excuser.

En classe : travaille bien, aime la classe.

ANTÉCÉDENTS. — a) *Héréditaires et collatéraux*. — Rien à signaler si ce n'est que la mère aurait été soignée pour scoliose

b) *Personnels*. — Née au terme d'une grossesse normale. Accouchement au forceps, sans souffrance fœtale. Poids : 4 kg. Première dent à 4 mois et demi, marche à 13 mois, parole : premiers mots à 2 ans ; propreté à 18 mois.

En dehors des maladies banales de l'enfance, elle aurait présenté en octobre des accidents méningés (?) pour lesquels elle fut hospitalisée à l'Hôpital Bretonneau.

MILIEU. — Père : photgraveur. Mère : sans profession. Un frère de 4 ans. Claudine a toujours été élevée par sa mère. Absence du père de septembre 1939 à octobre 1940.

Voici l'exposé de la psychanalyse de l'enfant :

« Pour commencer, l'on encouragea C... à dessiner selon sa fantaisie.

— Premier dessin. — Un avion de bombardement survole des maisons ; dans un coin, deux petits personnages semblent fuir ; mais le trait qui encadre la scène coupe les personnages de façon à les priver de la partie inférieure de leur corps.

— 2^e dessin. — Ebats d'une famille dans la mer. Ici chaque personnage est plongé dans l'eau jusqu'à la taille ; d'où absence des membres inférieurs comme précédemment ; un enfant, isolé sur la plage, construit une montagne de sable, mais il est accroupi et réduit également à l'état de « cul-de-jatte ».

— 3^e dessin. — Une auto file dans une forêt : l'on ne voit que la tête des occupants de la voiture.

— Sur un coin de journal, C... dessine encore des têtes sans corps pour représenter les différents membres de sa famille.

— Interrogée sur les motifs de cette mutilation systématique, C... déclara qu'elle ne savait pas dessiner les jambes. Après quoi, pendant quelque temps, elle ne dessina plus que des paysages inanimés, qui — elle l'avoua plus tard — n'étaient que les reproductions maladroites de petits tableaux que son père avait peints. Elle prenait ainsi la place de son père, de même qu'elle prenait sa place — on le verra par la suite — en faisant retomber sur elle-même, par un mécanisme d'auto-punition, la castration dont elle le menaçait secrètement : castration symbolisée par la perte de l'usage des membres inférieurs.

— Bientôt, C... raconta quelques-uns de ses anciens rêves : tout d'abord un cauchemar dans lequel un homme aux yeux rouges étranglait sa mère. Ces yeux rouges lui faisaient penser à des yeux de chat... et elle avait eu naguère des chats qui, tous, s'étaient enfuis ou

étaient morts. Ainsi cet homme représentait un danger angoissant ; et l'on peut supposer qu'elle l'aurait voué volontiers au sort malheureux des bêtes auxquelles elle l'associait.

En l'interrogeant sur l'époque où elle avait fait ce rêve, j'appris que c'était peu après le retour de son père, dont sa famille avait été séparée depuis le début de la guerre jusqu'à la fin de septembre, ou commencement d'octobre 1940. C... avait fait aussi, vers la même date, plusieurs rêves dans lesquels elle imaginait que ses parents cherchaient à la perdre. D'autres récits et souvenirs, relatés les jours suivants, se rapportaient également à des angoisses d'enfants perdus. Une partie de l'enfant semblait donc avoir ressenti le retour du père comme un péril et une menace d'abandon.

— Bien entendu, C... parlait au contraire volontiers de la grande joie qu'elle avait éprouvée quand elle avait retrouvé son papa. Plus profonde encore avait été chez elle la crainte de ne plus le revoir : cette crainte avait même atteint, au cours de l'été 1940, un paroxysme tel qu'elle avait fait naître chez l'enfant des idées de suicide, gardées secrètes et dont elle eut beaucoup de difficulté à me parler. D'aussi sombres rêveries devaient avoir pour origine un intense sentiment de culpabilité, dû selon toute probabilité au fait qu'une partie inconsciente de C... désirait la catastrophe que sa pensée consciente repoussait avec d'autant plus d'horreur. Le père de C..., qui n'avait d'ailleurs pas été exposé, revint ; et ce fut presque aussitôt après ce retour « inespéré » que la fillette tomba malade : ce furent d'abord des accidents méningés qui, en octobre, la firent hospitaliser une première fois à l'Hôpital Bretonneau.

— Il faut noter ici que C... parlait, elle-même, de sa « méningite » et que, d'autre part, elle se souvenait d'une petite voisine de son âge qui était morte précisément d'une méningite quelques années auparavant. Cette petite voisine avait un père sujet à des tentatives de suicide. C... déclara que la femme de cet homme tremblait dès qu'elle l'entendait « mettre la clef dans la serrure » et que d'ailleurs personne de la famille ne souhaitait son retour lorsqu'il était sorti. Oui, mais... la méningite de la fille du forcené n'était-elle pas venue en quelque manière châtier de tels sentiments ?

— Ainsi revenait en tout cas dans la pensée de C... l'image du mâle dangereux dont on souhaiterait qu'il disparût ou tout au moins qu'il fût « réduit à l'impuissance ». Cette peur de « la clef dans la serrure » jointe à la scène de la femme étranglée du premier rêve, au récit de quelques terreurs nocturnes et à l'aveu de diverses tentatives pour savoir ce que disent et font les grandes personnes lorsque les enfants sont censés dormir, tout cela donnait à penser que C... avait pu surprendre quelques échos plus ou moins confus des rapports sexuels de ses parents. Une fois, elle parla beaucoup, en particulier, de son désir de surprendre le Père Noël ; et ce fut pour elle l'occasion d'exprimer, d'une façon très sérieuse et véhémence, sa réprobation à l'égard des grandes personnes qui disent qu'il ne faut rien cacher et qui elles-mêmes ont des secrets pour les enfants. J'appris, le même jour, qu'en utilisant ses peurs nocturnes, C... exigeait de ses parents qu'ils laissent, la nuit, les portes de communication ouvertes entre leur chambre et la sienne. Une tentative des parents pour fermer la porte de leur chambre, certain soir, avait même été brillamment déjouée par la fillette.

— Jusqu'alors, je n'étais presque pas intervenu, si ce n'est pour encourager C... à s'exprimer sans crainte, en lui expliquant à l'occasion qu'il était parfaitement normal d'avoir à la fois des sentiments affectueux et hostiles à l'égard de la même personne et que, par ailleurs, si l'on pouvait être tenu pour responsable de ses actes, l'on ne pouvait l'être aucunement pour toutes les choses qui vous passaient par la tête. Ce jour-là, j'indiquai à C... qu'à sa joie réelle de retrouver son père pouvait bien se mêler une assez grosse déception de ne plus pouvoir conserver sa maman en exclusivité. Elle en convint, et je lui assurai que c'était naturel. En second lieu, à propos des « secrets des grandes personnes », je n'eus pas de mal à lui faire préciser ce qu'elle savait ou désirait savoir au sujet de la naissance des bébés et toutes autres choses du même genre que les grandes personnes ont l'habitude de couvrir de mystère aux yeux des enfants, quand il ne s'agit en fait — lui dis-je — que de phénomènes aussi simples que la pousse des plantes et l'éclosion des bourgeons. C... m'avoua que, par ses camarades d'école, elle en savait beaucoup plus long que ses parents ne l'imaginaient et qu'elle savait même — ou croyait savoir — à quoi s'en tenir sur la nature des rapports conjugaux. Je ne cherchai pas à obtenir des précisions qui lui paraissent gênantes à fournir et me contentai d'insinuer que les camarades de classe ont parfois des façons un peu déformantes ou maladroites de présenter des choses sur lesquelles une explication claire serait souvent préférable. Puis, je profitai de l'occasion pour lui faire

remarquer que — du moment qu'elle savait tant de choses — elle devait d'autant mieux comprendre que ses parents avaient le droit de rester un peu seuls ensemble, sans être contraints par des enfants tyranniques à laisser la porte de leur chambre ouverte nuit et jour. Je lui demandai si ses peurs nocturnes ne lui servaient pas un peu justement pour interdire à ses parents une intimité dont elle se trouverait exclue. Elle reconnut que c'était exact. C'était donc bien là ce qu'en termes psychanalytiques il est permis d'appeler une tentative pour « châtrer » son père. C'est ce moment quelle choisit pour me confier qu'il lui arrivait souvent de songer à un ancien rêve dont elle n'avait jamais osé parler à personne. Ayant beaucoup de peine à y faire allusion, elle me promit de prendre courage pour me le raconter le lendemain. Le lendemain, j'appris, dès mon arrivée à l'hôpital, que C... avait subitement fait de nets progrès pour poser son pied sur le sol et pour marcher. Cette fois, après quelques tergiversations, elle se résolut à me raconter le rêve annoncé : la scène se passait dans le couloir de son appartement ; deux hommes se disputaient, et l'un d'eux était son père. Quant à elle, on l'avait reléguée dans un trou du plafond. Son père, étant le moins fort, était rossé par l'inconnu, mais sa mère survenait et faisait arrêter ce dernier par la police ; ici se plaçait l'épisode sanglant et redoutable qui l'avait empêchée jusqu'alors d'oser raconter ce rêve : pour punir le méchant homme, on lui coupait la tête.

Je la rassurai sur son rêve, et lui expliquai qu'elle avait en quelque sorte dédoublé son père en un père faible autant qu'une femme et qui aurait été plutôt pour elle une seconde maman (ce qu'une partie d'elle-même devait trouver rassurant et souhaitable)... et un père fort, viril, mais de ce fait précisément dangereux comme l'homme qui, dans le premier rêve, étranglait sa mère. C'est ce second personnage qu'elle avait condamné à la décapitation (équivalent symbolique de la castration), parce qu'il lui faisait peur et que, par sa présence, elle se trouvait renvoyée dans un trou du plafond.... un peu comme si elle était renvoyée à une époque antérieure à sa naissance.

Elle parut comprendre à merveille ces interprétations, et, comme elle m'avait raconté qu'il lui arrivait de se mordre elle-même lorsqu'elle était en colère et désirait mordre sa petite sœur, je pus aisément lui faire saisir le mécanisme d'auto-punition qui avait fait rejaillir sur sa tête (accidents prétendus méningés) et sur sa jambe (autre sorte de mutilation) la menace qu'elle n'avait pas osé penser entièrement à l'adresse de son père, mais qui — je l'en assure — était de l'ordre des idées qui passaient dans l'esprit de beaucoup d'enfants sans faire de mal à personne.

Je ne puis entrer dans le détail des conversations qui accompagnèrent et suivirent ces confidences. Cependant, tous les éléments que C... continua de m'apporter, allèrent dans le même sens ; et, à partir de ce moment, les progrès survenus dans l'état de l'enfant s'accrochèrent rapidement. Mon rôle consista surtout à faire accepter à son inconscient l'idée du père viril (mais non dangereux) et des parents légitimement unis pour le bien même de leurs enfants, de même qu'à la délivrer du sentiment que ses pensées les plus furtives pouvaient être douées d'une sorte de pouvoir magique néfaste.

Lorsqu'elle sortit de l'hôpital, le 3 mai, tout n'était certes pas tiré au clair, mais les troubles fonctionnels (claudication, douleurs de la hanche) avaient disparu. »

Nous avons revu l'enfant en septembre 1943 : elle va bien. La mère semble faible avec la fillette et d'une sollicitude exagérée : elle nous dit par exemple que l'enfant n'a pas une bonne mémoire : renseignements pris, il s'agit d'oubli des commissions ou des petites corvées qu'on lui demande de faire.

La plupart des enfants dont nous rapportons l'observation ont un âge supérieur à 10 ans : c'est conforme aux données classiques : la plupart des auteurs considèrent le pithiatisme comme surtout fréquent après 10 ans, et rare avant cinq ans. Il existe cependant avant cet âge : nous l'avons constaté. G. MADIN, dans sa thèse, rapporte un cas chez une fille de 3 ans 1/2 (obs. N° II) et un chez une fille de 4 ans (obs. N° IV). Il est, d'autre part, un peu plus fréquent chez la fille que chez le garçon. Certains auteurs indiquent deux filles pour un garçon. Notre proportion n'est pas aussi forte.

ÉTIOLOGIE

De l'examen des faits on peut conclure schématiquement que l'accident pithiatique exige, pour apparaître, deux conditions :

- 1° **Un terrain spécial** jouant le rôle de cause prédisposante ;
- 2° **Une cause occasionnelle**, déterminante.

1° LE TERRAIN.

On a dit de l'hystérique adulte : l'hystérique est un infantile ; on a fait justement remarquer que l'esprit de l'enfant possédait normalement deux caractéristiques importantes du psychisme de l'hystérique adulte :

**l'exaltation imaginative,
la suggestibilité.**

De même, **la tendance à tout imiter**, à tout amplifier est un attribut du psychisme infantile.

On en a conclu que, par ces seules caractéristiques psychiques, normales chez lui, l'enfant constituait un terrain propice à l'éclosion de l'hystérie.

Il est un fait : **l'accident pithiatique par imitation** (ou **par induction**, selon l'expression des auteurs allemands) **est un risque pour tout enfant normal** : les épidémies scolaires ou hospitalières de chorée imitative en sont un exemple. Le rôle de l'imitation est prouvé par la disparition de telles épidémies à l'hôpital, où l'on soustrait systématiquement le choréique aux regards des autres enfants.

Le spectacle de mouvements anormaux (crises convulsives, tics, chorée... etc.), cause principale de ces imitations du pathologique, doit être soigneusement évité.

Cependant, les particularités du psychisme de l'enfant normal ne suffisent pas à constituer chez lui le terrain favorable. En voici les raisons :

— ces particularités sont identiques pour tous les enfants ; or, on n'observe point chez tous un accident pithiatique ; on peut même dire que, sans être exceptionnelle, une telle constatation n'est pas très fréquente (1).

— de plus, ces particularités psychiques sont principalement nettes chez le jeune enfant, alors que l'accident pithiatique y est de constatation plus rare et s'observe surtout après 10 ans, aux approches de l'adolescence.

(1) On peut nous objecter que cette carence habituelle peut tenir, non au terrain, mais au défaut de cause occasionnelle déterminante. L'objection devrait être retenue si cette cause offrait toujours un aspect vraiment original, intense, inusité : en réalité, la plupart des enfants se sont trouvés, sans dommage, dans les situations diverses qui constitueront pour le pithiatique la cause occasionnelle de l'accident.

Ainsi, les particularités normales de l'esprit infantile ne jouent qu'un rôle modeste parmi les causes prédisposantes des accidents pithiatiques chez l'enfant ; elles expliquent seulement que le risque de tels accidents soit plus important chez un enfant normal que chez un adulte normal.

Il devient logiquement nécessaire de rechercher ces causes prédisposantes dans l'anomalie du psychisme infantile.

Or, les faits nous répondent dans ce sens.

Dans tous les traités classiques de Pédiatrie, il est fait mention de **l'existence habituelle chez le pithiatique de quelque anomalie caractérielle** : c'est également notre constatation ; cette règle ne supporte, pour ainsi dire, aucune exception.

Nous ne reprendrons pas l'exposé des diverses anomalies rapportées dans nos observations ; quant à leur interprétation particulière, elle sera donnée dans d'autres chapitres. Nous chercherons ici à dégager de ces éléments, au premier abord disparates, les notions qui nous semblent propres à la généralisation.

A l'exception d'un seul (1), tous les enfants que nous avons étudiés sont notés comme affectueux : ce ne sont donc **pas des pervers**.

Leurs réactions sont nettes et témoignent de la vivacité des sentiments qu'ils éprouvent : leur **affectivité** n'est donc **pas diminuée**.

Chacun réagit à sa manière : ou bien il extériorise (colère, désobéissance, agressivité... etc.) ou bien il « se renferme ». Plus souvent, il se renferme ; mais chaque réaction est toujours exagérée et signalée par les parents comme un défaut. Ainsi, non seulement leur **affectivité** n'est pas diminuée, mais au contraire elle nous paraît **exacerbée** : ce sont des **hyper-affectifs** ; cette notion se retrouve, au vocabulaire près, dans les traités de Pédiatrie, où les auteurs parlent de l'« **hypersensibilité morale** (2) » de ces sujets.

Si l'on pousse plus loin l'analyse, on voit que les réactions de ces enfants sont anormales surtout dans certaines circonstances (milieu, personne, événement... etc.) : il existe donc chez eux quelque **tendance prédominante** dont la satisfaction fait naître un désir impérieux ; nous aurons l'occasion de développer dans le détail ce dernier point de vue.

Enfin, il est un fait de constatation générale : **l'inaptitude** de ces sujets **au renoncement, à la résignation** ; le moindre de leur désir a souvent la violence d'un appel instinctif qu'ils mettent toute leur énergie à satisfaire : s'ils se heurtent à un obstacle, ils réagissent avec violence ; s'ils échouent dans leur lutte, ils « se renferment ». Leurs désirs sont presque toujours **à tendance égoïste**. On a objecté, à propos de l'adulte, que ce fond d'égoïsme n'était

(1) C'est du jeune G..., Guy dont il s'agit. Considéré comme peu affectueux dans son milieu familial, il s'est montré gentil durant son séjour à l'hôpital. La raison de ce défaut d'affection est l'attitude des parents, sévères et peu affectueux.

(2) Dans le sens, opposé à « physique ».

pas un fait général chez l'hystérique, et qu'on pouvait observer chez lui des tendances altruistes et des tendances supérieures ; ces faits d'exception sont constatables aussi chez l'enfant, mais moins fréquemment encore : souvent, du reste, la manifestation altruiste cache une préoccupation égocentrique :

« Elle aime bien sa petite sœur, cherche à lui faire plaisir... », lisons-nous dans une observation..., voilà de l'altruisme... « mais s'arrange toujours pour la faire céder »... en voilà la raison.

Dernière remarque sur l'affectivité des pithiatiques : ces enfants ont souvent des **préoccupations affectives hors de proportion avec leur âge**.

Elles sont parfois **au-dessus** de leur âge. Ainsi, la jeune C... Simone, à 5 ans, mit sa mère au courant de son infortune conjugale et la conduisit par un chemin difficile jusqu'au lieu où se trouvaient les deux artisans de cette infortune ; le jeune F... Olivier, à 12 ans, veut être pasteur *pour s'isoler* (1) et prêcher.

Plus souvent, ces préoccupations affectives sont **inférieures** à l'âge des enfants : elles transparaissent dans leur attitude, dans la persistance de caractéristiques plus jeunes, tels : le sucer du pouce, le choix des jeux et des camarades.

Notre Maître HEUYER insiste sur cette constatation qu'il est intéressant de vérifier à la fois chez l'enfant comme chez l'adulte, où elle est plus nette. Les psychanalystes ajoutent à cette notion générale du retard affectif **le retard du développement sexuel**, auquel ils font jouer un rôle prédominant (2).

Ainsi, l'affectivité de l'enfant pithiatique est nettement troublée. Les tendances, parmi lesquelles certaines sont hypertrophiées, exigent impérieusement leur satisfaction : elles la recherchent selon les modes les plus inférieurs : égocentriste ou « captatif » (3).

Le défaut du renoncement démontre l'insuffisance de la tendance éthique, ou de la tendance affectueuse « oblativ » (3) qui lui servent habituellement de ressort, à défaut de la crainte du châtiement. Mais, si cette affectivité est anormale, elle n'est pas insuffisante : ces sujets éprouvent intensément le plaisir et la douleur et les sentiments complexes qui en dérivent. Ils les éprouvent même plus intensément que l'enfant normal : ce sont des hyperaffectifs, des « hypersensibles au moral ». La

(1) C'est dans le motif que réside l'anomalie de la préoccupation.

(2) Cf. à ce propos Ed. PICHON, *Le Développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Les étapes de la sexualité infantile y sont indiquées au chapitre du développement affectif et moral.

(3) *Idem*.

précocité affective et, plus habituellement, le retard affectif sont à la source de ces diverses anomalies.

Les fonctions intellectuelles. — Mesuré par l'épreuve des tests de BINET et SIMON, le **niveau mental** des enfants observés **est d'ordinaire normal.**

Chez quelques-uns, ce niveau est plus bas ; chez quelques autres, plus nombreux, il est supérieur.

On constate chez certains une exaltation imaginative qui peut aller jusqu'à la mythomanie : on nous signale un imitateur. C'est tout ce que l'on trouve à dire de l'intelligence des enfants pithiatiques : l'anomalie représente ici l'exception et l'on peut considérer que les fonctions intellectuelles du pithiatique sont habituellement celles d'un enfant de son âge.

Il est bon de rappeler à ce propos que, chez l'enfant, sont normales :

l'insuffisance du jugement et du raisonnement, dont tiennent lieu les associations,

l'exaltation imaginative,

la tendance à l'imitation,

l'insuffisance des notions concrètes sur le réel,

la croyance au merveilleux, au fantastique, au pouvoir magique des grandes personnes, des mots, des sentences.

Ces éléments sont à la base de la suggestibilité infantile.

Les fonctions volitives. — Nous avons signalé plus haut la difficulté du renoncement, de la résignation : on peut l'attribuer à une insuffisance **relative** du pouvoir frénateur de la volonté supérieure sur les injonctions à l'acte, nées du désir.

Or, il existe physiologiquement chez l'enfant un certain degré d'insuffisance **absolue** du contrôle de la volonté supérieure sur l'activité : c'est une des raisons de son penchant à l'imitation.

Cette insuffisance est-elle exagérée chez l'enfant pithiatique ? Nous n'avons rien constaté qui nous permît de l'affirmer. Mais nous avouons qu'il nous est impossible de comprendre l'efficacité de l'hétéro-suggestion expérimentale sur lui, si l'on n'admet pas une plus grande insuffisance de ce pouvoir frénateur de la volonté, base du « contrôle de soi ».

Prenons comme exemple le cas d'un sujet ayant reproduit, à la suite d'une hétéro-suggestion expérimentale, l'aspect d'une monoplégie brachiale : qu'un tel sujet tienne pour réelle l'idée absurde de son état paralytique, on peut l'expliquer par sa suggestibilité dont nous connaissons les diverses composantes ; mais que cette idée (ou image) entraîne d'office la réalisation plastique du symptôme, sans supercherie, nous ne nous l'expliquons que par une insuffisance du pouvoir frénateur exercé par la volonté sur notre activité inférieure ; le mécanisme de la réalisation plastique du symptôme suggéré nous semble identique

à celui de l'imitation du symptôme : il s'agit dans les deux cas d'une sorte d'obéissance passive à l'image : image perçue dans l'imitation, image évoquée dans l'hétéro-suggestion.

Et nous pensons que, toutes les fois où la doctrine de Freud ne trouve pas son application, il faut faire appel à cette insuffisance particulière des fonctions volitives pour donner l'une des raisons de l'état d'inconscience du pithiatique à l'égard du rôle efficient qu'il joue dans le déterminisme de son symptôme. Que cette inconscience soit toujours complète, nous ne le pensons pas.

Nous résumerons cette étude du psychisme de l'enfant pithiatique en quelques lignes :

L'affectivité est toujours perturbée, sans être insuffisante ;

Les fonctions intellectuelles sont d'ordinaire normales, à quelques exceptions près ;

Les fonctions volitives supérieures sont peut-être plus déficientes qu'à l'état physiologique.

D'un cas à l'autre, les variations individuelles sont nombreuses.

Peut-on trouver dans la morphologie corporelle un reflet des modifications du psychisme ? Pas d'une façon générale.

Certains enfants frappent par un aspect plus jeune que celui de leur âge, et nous avons retrouvé chez quelques-uns cette « morphologie miniature » dont parle BARUK. Mais ce n'est pas général. Il en est de même de la labilité neuro-végétative, de la constitution émotive, des déficits endocriniens légers... etc., etc.

On retrouve assez fréquemment l'existence de troubles discrets du développement moteur, sur laquelle insiste notre Maître HEUYER dans son enseignement oral : soit sous la forme d'un retard du premier développement, soit dans la persistance d'une certaine débilité motrice : G. MADIN rapporte dans sa thèse (1) onze cas d'hystérie à base mythomaniacale ; chez tous il a constaté une nette débilité motrice. Cinq de ces observations pourraient rentrer dans le cadre de notre sujet. L'étude de la débilité motrice n'a pas été faite systématiquement chez les enfants dont nous avons présenté les observations ; nous ne pouvons donc en préciser le degré, ni vérifier si elle constitue un fait général. Ces précisions pourraient être obtenues par la pratique en série des tests moteurs d'Osereczki.

Ainsi, le terrain pithiatique constitue une réalité clinique indiscutable : il se présente sous le signe de l'anormal.

L'atteinte du psychisme est le seul fait général, et, parmi

(1) *L'Enfance des Hystériques*, Thèse, Paris 1915.

les fonctions, c'est l'affectivité qui est au premier chef, et toujours, troublée. Mais on ne peut extraire les caractères particuliers constants qui permettraient de définir cliniquement « le psychisme de l'enfant pithiatique ». Le fait tient au terrain et non à la méthode.

L'atteinte somatique reste très contingente, et se prête encore moins à la définition.

Aussi certains auteurs s'efforcent-ils par d'autres voies de trouver un caractère constant qui permette de définir avec précision le terrain pithiatique :

DELAY étudie l'encéphalogramme chez le pithiatique,

MARINESCO en Roumanie, DUBLINEAU en France, en explorent les réflexes conditionnels,

DUBLINEAU aborde le pithiatique par la voie de la biotypologie.

Toutes ces études sont intéressantes, mais elles sont encore au stade des premières recherches. Nous parlerons plus loin de l'encéphalogramme.

Une citation de MARINESCO fera le point des résultats de l'étude des réflexes conditionnels chez l'enfant : « *Il existe néanmoins de grandes variations d'un cas à l'autre, ce qui nous empêche de donner une caractéristique générale pour une catégorie donnée d'enfants anormaux. Cette variabilité, déjà importante dans la débilité mentale, est encore plus grande dans les névroses infantiles.* » (1)

Les anomalies diverses dont nous venons d'achever l'étude et qui représentent le « Terrain » ont leur source dans :

L'HÉRÉDITÉ et LE MILIEU

L'importance de ces deux facteurs, constatée de longue date, a été soulignée par la généralité des auteurs. Les faits que nous apportons viennent confirmer cette opinion :

Antécédents psychosiques, antécédents caractériels, antécédents alcooliques, antécédents similaires parfois, il est exceptionnel que la fiche du pithiatique ne comporte pas au moins l'une de ces mentions.

Quant aux autres antécédents, ils sont contingents : la tuberculose, la syphilis, le diabète ne sont relevés qu'à titre épisodique et l'on ne saurait leur faire jouer de rôle décisif.

Nous préciserons plus loin en détail l'influence défavorable du milieu. Mauvaise éducation, mauvais exemples, comportement inadapté à l'enfant, tels en sont les ressorts principaux. Les parents en sont les artisans habituels et achèvent de dégrader par leur contact l'œuvre imparfaite issue de leur travail

(1) G. MARINESCO, N. JONESCO-SISESTI et A. KREINDLER : *Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile*. in compte rendu du premier Congrès international de Psychiatrie infantile, Paris, juillet 1937.

de génération. La dissociation du milieu conjugal est un facteur particulièrement néfaste.

Nous ne voudrions pas que la brièveté de cette dernière partie de notre exposé incitât à penser que le rôle de l'hérédité et du milieu nous paraît secondaire. Au contraire, **nous le considérons comme très important** et cette brièveté a pour raison le désir d'éviter les redites.

Ces commentaires sont également valables pour la partie suivante.

2° LES CAUSES OCCASIONNELLES DÉTERMINANTES.

On peut les ramener à deux principales dont les autres procèdent :

l'hétéro-suggestion et surtout : l'intérêt ;

ce dernier terme doit être considéré avec une extension très large et un sens non forcément péjoratif.

Quant **au rôle de l'émotion**, il est envisagé de façon fort variable selon les auteurs.

La majorité des pédiâtres le signalent et le soulignent ; CHARCOT et ses contemporains le mentionnent avec insistance. BABINSKI, sans le nier, ramenait ce rôle à celui d'une suggestion particulière. Parmi les auteurs modernes, les opinions demeurent partagées.

Les divergences tiennent peut-être à l'acception variable de ce terme : ce que l'un nomme émotion, l'autre l'appelle émotion-choc ; tel ne verra qu'un sentiment complexe dans ce que tel autre considérera comme une émotion. Nous prendrons le terme dans son sens littéral de *dérèglement brusque somatique et psychique* et nous verrons que l'émotion ainsi définie joue dans le déterminisme de l'accident pithiatique un rôle effacé dont nous tracerons les limites :

- 1° On ne constate jamais d'accident pithiatique immédiat à l'occasion :
 - d'une émotion forte, intense : « vraie » colère, « vraie » peur, « vrai » chagrin, ou
 - d'une émotion tendre : celle que désigne l'expression courante : « être ému » ;

2° Une émotion d'intensité moyenne (contrariété, peur modérée) peut être l'occasion immédiate d'une crise mixte émotivo-pithiatique dans laquelle ce dernier élément se réduit à l'appoint ;

3° L'accident pithiatique peut apparaître un certain temps après une émotion quelconque, mais surtout après une peur.

Un commentaire restrictif est nécessaire : l'enfant est un sujet trop fertile en émotions pour qu'il n'y ait pas grand'chance de constater l'une d'elles dans les jours qui précèdent l'apparition d'une maladie. Les parents ne se font pas faute, dans leur soif pathogénique, d'y recourir à tort et à travers, à propos

de toute affection à symptomatologie nerveuse, et leurs dires ne doivent pas être admis sans réserve.

L'émotion constitue parfois un antécédent légitime ; nous pensons qu'elle ne constitue pas une cause déterminante : elle est la première conséquence d'un événement ; l'accident pithiatique est une autre conséquence de ce même événement ; c'est ce dernier qui est le responsable, en faisant surgir un motif d'intérêt, ou en constituant une forme particulière de suggestion comme dans l'observation de la jeune L..., Yvette.

Cette petite fille de 3 ans eut une frayeur consécutive à la projection inoffensive de feuilles sèches sur sa tête, et présenta par la suite des accidents pithiatiques.

Chez elle, ce n'est pas la frayeur (émotion) qui fut déterminante, mais la cause de cette frayeur : la projection de feuilles sèches, ainsi que le montre l'aspect des accidents : allégation de crises de céphalée avec agitation et cris.

On pourrait multiplier les exemples : l'étude du pithiatisme aux armées, en temps de guerre, en fournirait beaucoup.

Par contre, **si le rôle de l'émotion**, telle que nous l'avons définie, nous **paraît modeste** dans le déterminisme de l'accident pithiatique, il n'en est pas de même des **sentiments complexes** (1), **la crainte en particulier**, et de ce que FREUD a appelé les **traumatismes psychiques**.

Ces éléments sont au contraire **très importants** et nous les retrouverons lors de l'étude des conflits affectifs.

(1) C'est indûment que certains auteurs appliquent à ces sentiments complexes la dénomination d'émotion.

ASPECTS CLINIQUES

Il peut arriver que l'accident pithiatique se révèle comme une création entièrement originale ne se rapprochant d'aucun symptôme connu : ce n'est pas la règle : le pithiatique fait surtout œuvre de copiste ; mais les bons artisans sont rares et la mauvaise copie fréquente.

Le pithiatique pêche par défaut ou par excès de logique ; et surtout par excès de zèle ; il n'a guère la notion de la mesure : il est rapide et brutal là où il devrait être progressif ou lent ; massif, global quand il faudrait être atténué ou nuancé. En un mot, il livre à l'examineur un symptôme presque toujours **atypique**.

L'atypie du symptôme est un caractère important de l'accident pithiatique. Elle peut être manifeste à la plus simple inspection. On ne doit pas croire qu'il en est toujours ainsi, sous peine de méconnaître la véritable nature d'un symptôme observé. Il est rare, par contre, qu'elle ne se manifeste pas à une analyse patiente et minutieuse, et surtout répétée et comparative : le pithiatique est aussi mal renseigné sur l'évolution des maladies que sur la séméiologie ; il ignore la thérapeutique : il augmentera le nombre de ses crises convulsives malgré les barbituriques, il les diminuera sous l'effet du bicarbonate de soude ou de la « mica panis » ; il a tendance à maintenir et à exagérer plutôt qu'à s'améliorer, mais il le fera toujours mal à propos.

L'atypie de l'évolution s'ajoute ainsi à **l'atypie du symptôme** ; elle est aussi importante.

Il est exceptionnel que ces critères fassent défaut quand l'investigation est suffisante. Le fait est toutefois possible, et il existe peu de médecins, même spécialistes, qui ne se soient jamais laissés abuser.

Le comportement du sujet n'est pas moins singulier. Cet enfant, dont nous connaissons le manque habituel de résignation, nous le trouvons résigné à sa maladie : il l'accepte, il n'en est pas ennuyé ; il dit qu'il veut guérir, mais l'attente de la guérison ne lasse pas sa patience, si vite à bout en d'autres circonstances. Il est quelquefois triste, **mais jamais angoissé**, ni même inquiet : il ne pose aucune question sur la gravité éventuelle de sa maladie ; cette dernière semble n'avoir rien contrarié et parfois avoir tout arrangé : tel enfant qui se montrait depuis quelque temps triste, inquiet, irascible, angoissé, peut voir l'amélioration de son caractère coïncider avec l'apparition du symptôme.

D'une façon générale, l'enfant pithiatique paraît inconscient de son rôle déterminant dans l'apparition et le maintien du symptôme ; nous rechercherons plus loin s'il l'est réellement.

Par son comportement, par les qualités générales du symptôme, l'enfant ne se différencie guère de ce qui a été décrit chez le pithiatique adulte ; moins bien informé, et normalement plus insouciant, il réalise un symptôme dont l'atypie est plus franche et se comporte avec une indifférence plus manifeste.

Mais ce ne sont là que des nuances. Tout ce que nous pourrions dire à ce sujet a été dit déjà par d'autres auteurs en termes copieux et excellents ; c'est pourquoi nous avons réduit à l'essentiel cette partie de notre exposé ; nous nous imposerons des limites encore plus strictes dans la description symptomatique particulière des divers accidents pithiatiques ; leur étude est faite en détail dans les divers traités classiques auxquels nous conseillons au lecteur de se reporter.

Le symptôme reproduit par le pithiatique peut être emprunté à n'importe quel chapitre de la pathologie ; mais on a vite fait l'énumération des accidents pithiatiques d'observation courante chez l'enfant.

Les « **crises nerveuses** » en représentent le type le plus commun, dont les variantes principales sont la crise convulsive généralisée, et la crise de gesticulation s'accompagnant parfois d'attitude transitoire en opisthotonos ; dans ce dernier cas l'opisthotonos est réalisé brusquement, pouvant ou non se répéter, mais se répétant d'ordinaire avec des intervalles inégaux ; il ne présente, ainsi que l'a fait remarquer Clovis VINCENT (1), aucune ressemblance avec « la crise en arc de cercle » qu'on a pu observer chez les malades atteints d'une tumeur de la fosse postérieure. La crise convulsive localisée est très exceptionnelle ; nous avons constaté chez l'enfant C... Simone des crises de gesticulation localisées aux deux membres inférieurs.

Après les « crises nerveuses » viennent, moins fréquents, **le mutisme et l'aphonie, les troubles de la démarche et de la station debout** (astasia, abasia, claudication), **les attitudes vicieuses** (faux maux de Pott, fausses scolioses, fausses coxalgies), **l'anorexie mentale**.

Toutes les anorexies mentales ne sont pas pithiatiques, mais certaines le sont, et c'est Lasègue qui, le premier, parla d'anorexie hystérique. On l'observe surtout chez la fille au voisinage de l'adolescence, mais aussi chez le garçon et l'enfant plus jeune.

De tous les accidents pithiatiques, l'anorexie mentale est le seul qui puisse poser un pronostic vital lorsqu'elle reste longtemps méconnue.

Résistant à toutes les médications symptomatiques, renforcée par une diététique intempestive, elle fait d'incessants progrès et entraîne un amaigrissement qui peut devenir considérable et aboutir à la cachexie restrictive. Un tel sujet résiste mal à la moindre infection intercurrente, et court le risque d'une tuberculose à marche rapide.

L'amaigrissement n'est pas la seule conséquence de la restriction alimentaire : on observe au bout d'un certain temps de l'anémie, des troubles de la sécrétion gastrique, des troubles endocriniens : aménorrhée, diminution du

(1) Discussion du Rapport de VAN BOGAERT, p. 262 du Compte rendu du Congrès de Bruxelles 1935.

métabolisme basal, qui sont responsables de nouveaux tâtonnements thérapeutiques infructueux.

Or, **tout cède remarquablement à l'isolement** et à l'isolement seul qui permet la reprise de l'alimentation.

On donne d'abord au sujet une alimentation exclusivement lactée : trois litres de lait par jour pour un grand enfant ou un adolescent. Cette quantité est absorbée sans grande difficulté. Il est très rare qu'on soit obligé de recourir à la sonde. Le liquide doit être absorbé devant témoin pour supprimer tout risque de fraude. La reprise de poids doit être rapide et régulière. Si le poids reste stationnaire, il faut suspecter l'imperfection de l'isolement, ou la fraude, qui n'est pas exceptionnelle ; au bout de quelques jours on peut passer à une alimentation variée, qui devient alors bien acceptée. L'isolement doit être longtemps prolongé, jusqu'à guérison complète, sous peine de récurrence : deux mois au moins dans une forme sévère ; dans une forme moyenne, six semaines constituent un extrême minimum.

Certains cas d'**énurésie**, certains **tics** ont fait la preuve de leur nature **pithiatique** ; mais, dans le cadre général de l'énurésie et des tics, ils représentent un groupe infime, une **étiologie exceptionnelle**.

Les accidents pithiatiques à **type psychiatrique** sont rares ; les sujets reproduisent habituellement l'image populaire de la folie : « il ne sait plus ce qu'il dit, il ne sait plus ce qu'il fait » ; l'accident pithiatique prend alors le masque d'une confusion mentale avec ou sans onirisme où les atypies sont souvent flagrantes. Nous n'avons pas observé autre chose ; la majorité des auteurs s'accordent pour limiter exclusivement à ce type d'accidents l'emprunt du mime pithiatique à la symptomatologie psychiatrique.

On peut soulever dès maintenant la question des manifestations de la **série psychasthénique** guérissant par psychothérapie, suggestion ou psychanalyse. BABINSKI, ayant déjà envisagé ce problème, rangeait ces accidents dans le cadre du pithiatisme, par opposition à ce qu'on appelait alors la maladie obsédante, qui s'avérait déjà, comme maintenant, d'une ténacité désespérante.

Nous préférons en faire une catégorie à part. Nous avons vu que le pithiatique n'est jamais angoissé. Ces malades le sont. Chez eux, le symptôme semble traduire directement l'angoisse qu'il n'apaise pas, alors que chez le pithiatique il la fait disparaître, comme nous le verrons plus loin lors de l'étude des conflits affectifs.

Il est d'autre part certains accidents, à type de mouvement impulsif, qui nous semblent obéir à un mécanisme différent de ceux de la série psychasthénique et pithiatique. Nous nous demandons en particulier s'il n'existe pas, pour quelques-uns de ces cas, un enchaînement associatif faisant de l'accident moteur la réponse à un excitant conditionnel surgi fortuitement des circonstances ; le cas suivant permet de soutenir cette hypothèse :

Il s'agit du jeune S... Jacques dont nous avons recueilli l'observation dans le service du Docteur Heuyer.

Cet enfant n'avait présenté aucun tic jusqu'à un événement qui survint au cours de sa 14^e année ; il revenait de... Pontoise après une journée passée à la pêche avec son oncle, journée chaude, lourde, pendant laquelle il avait bien mangé, bien bu, sans accident d'intempérance ; dans la voiture qui le ramenait, avec son oncle, chez ses parents, il s'était endormi d'un sommeil pesant, et il fallut le réveiller à l'arrivée. Mal réveillé sans doute, à sa descente de voiture il s'effondra et on est obligé de le remettre sur pied. Ensuite, on lui passe les récipients contenant les provisions restant de la partie de pêche ; pour quelle raison ? il les laisse à plusieurs reprises échapper de ses mains. Pendant la durée de cette scène, la mère de l'enfant, de sa fenêtre, lui prodiguait les moqueries. Il y avait donc à ce geste de lâcher des objets comme liens associatifs : le réveil, la présence de l'oncle, et celle de la mère dans une attitude blessante pour l'enfant.

Depuis cet événement, très souvent, l'enfant exécuta à l'occasion de son petit déjeuner des actes qui furent interprétés par la mère comme autant d'accidents dus à la maladresse ou l'inattention et réprimés en conséquence : il lâchait son bol ou sa tasse à déjeuner et fit ainsi des hécatombes durant deux ans, jusqu'au jour où sa mère s'aperçut que le lâcher de l'objet était dû à un brusque mouvement impulsif de l'épaule et du bras. Dès lors elle observa plus soigneusement et constata que ce mouvement ne s'observait que dans deux circonstances : le matin au réveil et toutes les fois que l'enfant était réveillé en sursaut.

Lors d'un séjour de Jacques chez son oncle, ce mouvement impulsif prit une telle fréquence qu'il motiva une consultation.

L'enfant fut pris en observation dans le service du Docteur Heuyer du 11 au 23 avril 1941. L'examen clinique était négatif, le liquide céphalo-rachidien normal, le BW, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, négatif. On avait d'abord pensé à un équivalent comitial, mais l'électro-encéphalogramme fut normal à deux examens, dont l'un fut pratiqué aussitôt après un de ces mouvements. Le diagnostic d'équivalent comitial fut alors écarté ; et l'enfant, n'ayant présenté aucun de ces mouvements durant sa mise en observation, fut considéré comme un pithiatique. Nous l'avons revu au mois de septembre 1943 ; il a maintenant près de 18 ans mais en porte à peine 15. Nous avons appris que dès son retour chez lui, à sa sortie du service, son mouvement reprit avec la même fréquence. Ce mouvement persiste, mais a diminué de fréquence depuis un an ; actuellement il est rare et peu important, surtout depuis que Jacques travaille en dehors de son milieu familial.

On ne peut considérer cet enfant comme un pithiatique, puisqu'il n'y a pas eu guérison ; on ne peut le considérer comme un tiqueur banal, puisque ces tics ont disparu complètement pendant la durée d'un court isolement : cette dernière raison et les deux encéphalogrammes négatifs éliminent la comitalité.

Nous pensons que les trois éléments réveil, oncle, mère, associés à un mouvement fortuit ont joué vis-à-vis de ce dernier le rôle d'un véritable excitant conditionnel, surtout la mère qui prodiguait les moqueries. L'« excitant mère » fut renouvelé lors de chaque maladresse et pendant deux ans, renforçant le réflexe acquis. L'accident ne se produisait qu'après l'action de « l'excitant réveil ». La présence de « l'excitant oncle » renforça l'intensité et la fréquence du geste. La suppression de « l'excitant mère » durant la mise en observation, le supprime. Le renouvellement de « l'excitant mère » à la sortie de l'hôpital le fait tout de suite réapparaître.

Il y a là vraiment un exemple presque expérimental d'un réflexe conditionnel complexe : son maintien s'explique par le renouvellement pendant deux ans de l'un des excitants initiaux : l'excitant mère.

Nous rappelons que nous avons donné cette observation pour appuyer notre décision d'écarter du cadre du pithiatisme et de la série psychasthénique certains mouvements impulsifs, influencés par l'une des méthodes thérapeutiques efficaces contre l'accident pithiatique. Il n'est nullement dans notre intention de généraliser une hypothèse qui ne vaut que pour certains cas particuliers.

Nous ne pensons pas non plus qu'il faille chercher à expliquer tous les accidents pithiatiques par les lois tirées de l'étude expérimentale des réflexes conditionnels.

Mais nous nous demandons si, *dans les seuls cas* où l'accident pithiatique prend la forme d'un phénomène moteur actif (1), bref, se répétant dans le temps avec des intervalles variables, certains faits ne jouent pas vis-à-vis de cet accident le rôle d'un excitant conditionnel, expliquant, non l'apparition du phénomène moteur, mais sa répétition.

A ce propos, le Docteur ROUART nous citait le cas d'un enfant qui, ayant failli être écrasé par une auto, fit, non sur-le-champ, mais retardée, une crise de gesticulation de type pithiatique ; cette crise se renouvela durant quelque temps, lorsque l'enfant passait devant un garage.

Il y a là encore un lien d'association entre une image et un accident moteur d'ordre actif. L'isolement prolongé serait particulièrement indiqué dans ces cas, car l'expérimentation a montré que les réflexes conditionnels disparaissent spontanément lorsqu'on ne les répète point.

Ces faits ont un autre intérêt : ils nous offrent un exemple de la réalisation involontaire d'un acte par l'obéissance à une idée ou une image à laquelle il est associé, et nous aident à comprendre, sans l'expliquer, comment un sujet peut, dans l'expérience de l'hétéro-suggestion, réaliser involontairement un accident pithiatique dont l'image vient de lui être suggérée.

Cet accident se présente aussi bien sous la forme d'un état que sous la forme d'un acte, sous la forme d'une paralysie aussi bien que sous la forme d'un mouvement anormal, sous la forme d'un trouble sensoriel ou sensitif aussi bien que sous la forme d'un accident moteur, sous la forme d'un état prolongé aussi bien que sous la forme d'un état transitif.

Cette variété doit inciter à la prudence pour tout nouvel essai d'explication pathogénique. Avant de généraliser une hypothèse, il faudrait s'assurer qu'elle ne trouve aucune contradiction dans l'étude des différents groupes que nous venons de signaler. Or, beaucoup d'hypothèses émises depuis ces dernières années proviennent d'une source restreinte à l'étude d'un seul de ces groupes, quand il ne s'agit pas de faits encore plus particuliers.

La discussion de chacune d'elles n'est pas compatible avec le cadre de notre travail. Nous ne pouvons qu'exprimer le regret de voir autant de recherches minutieuses, intéressantes, consciencieuses aboutir à renforcer la confusion qui règne encore dans la pathogénie de l'hystérie.

L'accident pithiatique chez l'enfant possède encore une autre caractéristique : **il reste habituellement dans les limites de ce que peut réaliser la volonté commune, obstinée** : s'il réalise une anesthésie, on a vite trouvé la limite de la résistance à la douleur, surtout par l'emploi du

(1) Tel que crise convulsive, gesticulation, mouvement impulsif.

courant faradique ou galvanique intermittent et en procédant par surprise ; s'il réalise une contracture, sa durée se limite à celle d'une contraction volontaire poursuivie avec obstination.

Ce n'est que très exceptionnellement (notre Maître HEUYER n'en a jamais constaté en 30 ans de pratique spécialisée) que l'on aurait pu constater, chez un enfant pithiatique *certain*, de ces **anesthésies totales** ou de ces **contractures qui semblent défier les lois de la fatigabilité musculaire**, telles qu'on les a observées chez certains pithiatiques adultes ; leur caractère pithiatique a pu être vérifié, pour un sujet donné, par la double épreuve de la contre-suggestion et de la suggestion.

La rareté de tels faits nous fait supposer qu'ils nécessitent, pour se produire, **des conditions somatiques préalables** dues :

soit à un entraînement particulier qui fait justement défaut à l'enfant ; (1)

soit à un appoint organique local, réalisant un trouble latent de la sensibilité consciente ou de la contraction musculaire, que le pithiatisme vient objectiver, un peu comme la lumière de Wood vient objectiver certaines dermatoses « en puissance » jusqu'alors invisibles. De même que la peau semble normale dès que cesse l'éclairage particulier, de même, le trouble de la sensibilité ou de la contraction musculaire redevient inapparent dès qu'on a fait disparaître son « révélateur » pithiatique. Nous ne donnons cette comparaison que pour préciser le sens et les limites que nous assignons, dans le cas présent, à l'emploi du terme « organique ». (2)

Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'étude de tels cas comporte un gros risque d'erreur lorsqu'on veut y chercher les éléments d'une explication physiopathologique du pithiatisme ou de l'hystérie : on a la preuve, en effet, que le pithiatisme en tant que phénomène local peut être associé à un appoint organique local : l'organique constitue alors non pas une condition préalable, mais une cause occasionnelle : ces cas de pithiatisme intriqué sont de constatation fréquente, et nombre de pithiatiques enfants ne sont que **des exagérateurs** ou **des persévérateurs**. Nous en avons signalé parmi nos observations.

Certaines intrications sont fréquentes : **comitialité et crise nerveuse pithiatique** : C... André, C... Edmond, B... Yvette, D... M... Nicole alternaient crises comitiales et pithiatiques ; **crise émotive et appoint pithia-**

(1) On peut beaucoup par l'entraînement : « *Asez récemment, Boisseau, grâce à une patience et une force de volonté peu communes, est arrivé à déterminer sur lui-même une anesthésie cutanée de la cuisse. Et cette anesthésie, bien que transitoire et éminemment curable, avait une existence réelle puisqu'elle interdisait les manifestations objectives du passage d'un courant électrique, tout comme une anesthésie organique définitive.* »

(A. ROQUIER in : *Le Bulletin Médical*, 21 juin 1941, page 291.)

(2) C'est, à quelques nuances près, l'explication que BABINSKI et FROMENT donnent des « Troubles physiopathiques ».

tique sous la forme de mise en scène ou de crise de gesticulation, comme chez T... Liliane, G... Solange ; **douleur** réelle et **pithiatisme** à forme de **claudication, attitude vicieuse**, comme chez P... Irène, B... Marcel, et peut-être G... Lucienne.

Si l'expérience prouve que « **l'organique** » se trouve fréquemment associé au « **pithiatique** » pour des faits simples d'observation courante, à plus forte raison a-t-on lieu de soupçonner son intrication lorsqu'on a affaire à ces accidents exceptionnels dont la réalisation semble hors de proportion avec ce que peut la volonté commune, obstinée.

Pour résumer cette partie de notre étude clinique, nous dirons que :

le pithiatisme chez l'enfant se manifeste d'ordinaire par des accidents simples restant dans les limites de ce que peut produire la volonté commune, s'employant avec obstination sur son objet ;

l'atteinte organique locale peut s'associer à l'accident pithiatique qui en simule un des symptômes, et certains pithiatiques ne sont que des persévérateurs ou des exagérateurs ;

il faut soupçonner la participation organique (1) locale toutes les fois qu'un accident pithiatique s'écarte trop, quantitativement, de ce qu'il est raisonnable d'attribuer au pouvoir de la volonté commune s'employant avec obstination et concentration ;

certains phénomènes moteurs à type de mouvement involontaire, transitif, ne rentrant nettement dans le cadre ni des équivalents comitiaux, ni de la psychasthénie, ni de la maladie des tics, doivent être également écartés du cadre des accidents pithiatiques typiques ;

certains de ces phénomènes moteurs doivent être envisagés comme des mouvements réflexes à des excitants complexes assimilables à un excitant conditionnel ;

ces excitants conditionnels jouent peut-être un rôle dans la répétition des accidents pithiatiques de type moteur actif, intermittent, transitif, mais non dans leur apparition.

(1) Dans le même sens que ci-dessus.

Considérons maintenant l'accident pithiatique non plus en fonction du symptôme, mais **en fonction de l'enfant qui le présente...** Il devient possible de dégager de la diversité des cas de la « maladie protée » certains groupements d'étiologie comparable, et d'individualiser trois types de malades, assez cohérents :

I. — LE MYTHOMANE

Décrit d'abord par DUPRÉ (1), son étude a été reprise par LOGRE à propos de « L'Etat Mental des hystériques » (2).

La mythomanie, c'est la tendance permanente à l'altération de la vérité, à l'origine de laquelle se trouve une exaltation imaginative dont la fécondité trouve son ressort dans une tendance affective perverse ou anormalement développée. La mythomanie est sous le double signe d'une imagination et d'une affectivité morbides : le mensonge habituel utilitaire ou calomnieux n'est pas de la mythomanie : le mythomane est un inventeur qui finit, dans une certaine mesure, par être sa propre dupe et croire à la réalité du récit inventé. La plupart des mythomanes en restent au stade de la fable en paroles : certains le franchissent, et c'est la fable en gestes : de narrateur, le mythomane devient acteur et mime, alternant le tragique et la comédie : l'accident pithiatique n'est que l'une de ses multiples réalisations :

c'est la jeune fille qu'on trouve bâillonnée, ligotée, l'air apeuré, désespéré, déclarant qu'elle a subi « d'odieuses violences » : or tout n'est que fable et mise en scène.

Une mythomane, en observation dans le service du Docteur HEUYER, s'adressait à elle-même des lettres relatant la mort de personnes qu'elle aimait : elle manifestait un chagrin profond à leur réception.

Débordant le cadre du « faits divers », le mythomane en vient à simuler la maladie : il présente des accidents pithiatiques, ou réalise par supercherie des symptômes (3) (éruption, plaie, hémorragie, falsification de la température), et alterne l'un et l'autre.

C... André était un mythomane. G. MADIN rapporte dans sa thèse onze cas d'accidents pithiatiques à déterminisme mythomane : quatre de ces observations sont particulièrement intéressantes car elles concernent des enfants très jeunes, Observation II : fille 3 ans 1/2, Obs. III : fille 4 ans ; Obs. I et IV : filles 5 ans.

Le mobile affectif qui sous-tend cette imagination morbide, peut être le désir de nuire, comme dans la mythomanie calomnieuse, mais d'ordinaire, c'est

(1) DUPRÉ. — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, édit.

(2) *Traité de pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, Maloine édit., Psychiatrie, Tome I, page 357.

(3) On trouvera dans la Thèse de DUFESTEL des exemples extraordinaires du génie inventif des sujets.

la vanité, une vanité morbide qui trouve son intérêt dans l'invention de situations parfois stupides.

Cette vanité entraîne le mythomane à attirer à tout prix l'attention du public ou quelquefois celle d'une personne particulière. Il décrit, joue ou mime une action d'éclat pour être admiré, la maladie pour être l'objet d'une sollicitude apitoyée, et n'importe quoi plutôt que de passer inaperçu : tel ce petit mythomane qui avait mis le feu à une maison pour avoir l'honneur « d'être le premier à appeler les pompiers ».

Dans le domaine de la maladie, la supercherie du mythomane n'est pas plus consciente ni plus volontaire que l'accident pithiatique. L'imagination morbide, la vanité morbide en sont les responsables. La différence entre les deux faits est purement symptomatique : fonctionnel dans le pithiatisme, le symptôme est physique dans la supercherie. Pour désigner ces faits de supercherie du mythomane, différents du pithiatisme par leur aspect et de la simulation vulgaire par leur motivation, DIEULAFOY créa le terme de « *pathomimie* ».

La suggestion expérimentale du pathologique donne chez le mythomane des résultats brillants : son exaltation imaginative, la facilité qu'il a de transposer l'image en acte, sa vanité satisfaite par le plaisir d'être un sujet, offrent à l'expérimentateur beaucoup de possibilités. Elles sont aussi un danger ; l'hystérie de culture est un risque dont il faut toujours se souvenir en présence de tels malades : ce sont les malades à stigmates ; l'examen doit être silencieux, énigmatique pour éviter toute suggestion ; nulle marque de compassion ne doit leur être fournie, car leur désir morbide d'attirer l'attention y trouverait une satisfaction et un mobile pour persévérer.

L'isolement strict, l'attitude rigoureusement indifférente du médecin et du personnel amènent rapidement la guérison. L'absence de public ôte à l'accident pithiatique sa raison d'être ; devenant sans effet, il disparaît.

Que faire pour éviter le retour des récidives ? Mettre le milieu au courant de la signification de l'accident et lui recommander de garder une attitude rigoureusement indifférente lors du prochain essai ; lui donner les conseils nécessaires pour l'éducation du sujet : il faut éviter toute lecture ou spectacle risquant d'exalter cette imagination déjà morbide, procurer à l'enfant des occupations incessantes qui ne lui laissent pas le temps de la rêverie : les travaux manuels sous forme distrayante sont particulièrement indiqués ; il faut lutter contre la tendance vaniteuse en faisant « rater l'effet » de chaque tentative du sujet de se mettre faussement en valeur, sans rebuter la recherche d'un motif de satisfaction légitime qui peut constituer un dérivatif : succès scolaire, sportif ou artistique.

Si le milieu n'est pas compréhensif, il faut s'efforcer d'obtenir le placement dans un internat simple, voire spécialisé, où l'enfant trouvera les conditions d'éducation qui conviennent à son état.

Lorsqu'on a affaire à un mythomane vraiment caractérisé, le pronostic

lointain sera toujours réservé. La récidive pithiatique est la règle, ou toute fabulation en gestes que le sujet tirera des circonstances.

La mythomanie vraie, caractérisée n'est pas tellement fréquente. Sur les 5.176 dossiers que nous avons dépouillés, nous n'avons rencontré que 36 mythomanes, dont : 34 qui n'avaient jusqu'alors présenté aucun accident pithiatique et 2 qui sont étudiés dans nos observations (P..., Ginette, Obs. XXIII et C..., André, Obs. XXIV).

Une forme dégradée, que l'on qualifie tendance mythomaniacale, est plus fréquente. Le pronostic en est bien meilleur ; la séparation du milieu et l'éducation bien comprise s'y montreront efficaces.

Nous n'avons en vue ici que **la mythomanie constitutionnelle**. Il existe quelquefois **une mythomanie de compensation** en rapport avec un conflit affectif. Accessible à la psychanalyse, la guérison peut en être définitive.

II. — L'HÉTÉRO-SUGGESTIONNÉ

Il est rare que l'hétéro-suggestion responsable de l'accident pithiatique apparaisse, dans l'interrogatoire du milieu ou de l'enfant, aussi directe qu'elle l'est dans le pithiatisme obtenu par hétéro-suggestion expérimentale. Cependant, à propos de tel cas concret, il faudrait avoir vécu dans l'intimité de la famille pour affirmer que l'hétéro-suggestion est étrangère au déclenchement de l'accident constaté.

L'accès épisodique à cette intimité permet au médecin, dans l'exercice de sa profession, de saisir mainte phrase suggestive de la maladie prononcée en présence de l'enfant.

C'est l'un des parents qui dit à l'autre : « Ne te mets pas en colère, tu vas le rendre malade... Il ne faut pas le contrarier, ça va le rendre malade... Il ne faut pas le forcer à manger ce qu'il n'aime pas, ça va le rendre malade. »

Ou bien c'est à l'enfant directement qu'on s'adresse : « Ne cours pas tant, tu te mets en nage, tu vas te rendre malade... Ne mange pas tant... pas si vite... ne bois pas tant, tu vas te rendre malade »... ou ce sont les innombrables **menaces conditionnelles** pour obtenir de l'enfant le comportement désiré : « Si tu ne fais pas ceci, tu deviendras malade..., si tu fais cela, tu deviendras malade..., si tu te touches à ton « pipi », tu deviendras malade » ; nous soulignons, à ce dernier propos, que nous avons rencontré fréquemment, dans les manuels où il est question d'éducation sexuelle, l'affirmation que l'excès sexuel, coït ou masturbation, peut entraîner une paraplégie par myélite. On sait d'autre part que, dans le cas où la psychanalyse révèle un complexe de castration, le psychanalyste est mis parfois sur la voie du complexe par un caractère particulier des dessins de l'enfant : les sujets y sont amputés des deux jambes. Nous nous demandons si certains cas de paraplégie ou de troubles de la démarche pithiatiques, à propos desquels est faite une telle constatation,

n'ont pas pour origine la menace conditionnelle : « Si tu te touches à ton « pipi » (ou autre allusion à la masturbation) tu seras paralysé des jambes. »

La phrase en cause peut caractériser une forme plus indirecte de la suggestion, mais non moins fréquente : **la sollicitude intempestive** : « Tu n'as pas mal à la tête..., tu n'as pas mal au ventre..., tu n'es pas gêné pour marcher ? », etc.

Cependant, il est peu d'enfants qui n'aient entendu à maintes reprises l'une ou l'autre de ces phrases suggestives. Tout enfant est normalement suggestible. Or, il n'existe pas un pithiatique par famille ; et l'on ne peut expliquer cette efficacité contingente de la suggestion que par un facteur surajouté : motif d'intérêt, suggestibilité anormale ; à ce point de vue, le retard du développement mental renforce la suggestibilité.

Le jeune D... Jean, dont nous avons relaté l'observation, nous offre un exemple de pithiatisme par hétéro-suggestion : sa mère, désireuse de l'envoyer à la campagne pour améliorer son état général, faisait, accompagnée de l'enfant, des démarches incessantes dans les différents « Services Sociaux », répétant : « S'il ne part pas, il va tomber malade » : ce fut l'origine de l'accident pithiatique observé ; la suggestion s'est montrée efficace en raison du terrain : l'enfant est légèrement débile, et répugne à aller à l'école ; d'autre part il nous a déclaré qu'il se plaisait mieux à Hendaye, où il avait déjà fait un séjour, que dans sa famille. Nous eûmes l'occasion de constater une nouvelle fois l'influence de la suggestion maternelle qui déclencha une récidence.

Un autre exemple nous est fourni par la jeune K... Anna, dont nous n'avons pas relaté l'observation en raison de son âge : 15 ans 1/2. C'est ici la suggestion médicale qu'il faut incriminer :

Quelques mois avant son entrée dans le service du Docteur Heuyer, elle avait été traitée pour des douleurs articulaires, et le médecin lui avait dit alors qu'il lui fallait se laisser soigner, sinon « ça pourrait lui remonter au ventre ». Quelques mois après, elle fit une anorexie mentale avec douleurs abdominales et vomissements qui guérirent par l'isolement. Il s'agissait d'une jeune Israélite, très craintive, dont le milieu avait été dissocié par la déportation ; elle devait tenir le ménage familial, ce qui ne lui souriait qu'à demi ; par ailleurs, un peu jalouse de son jeune frère, elle nous dit que son frère aîné, devenu chef de famille, ne s'occupait pas beaucoup d'elle, sauf lorsqu'elle était malade.

Sous une forme différente, nous retrouvons la suggestion chez la jeune L... Yvette, 3 ans :

Gesticulations et cris avec céphalée alléguée, apparus après une projection inoffensive de feuilles sèches sur sa tête. La suggestion a joué ici à la faveur de l'émotion.

Dans sa thèse, DUFESTEL (1) rapporte un cas curieux d'hétéro-suggestion :

Obs. XX, p. 55 : Un simulateur de 12 ans, ayant fait par la suite l'aveu de sa supercherie, avait prédit qu'une fillette de 9 ans deviendrait aussi malade que lui. Et le fait s'était produit. Le rôle efficace de la suggestion s'explique par l'atmosphère qui entourait le simulateur. Une secte religieuse lui témoignait « non seulement un intérêt particulier, mais encore presque de la vénération. Celle-ci se basait sur la croyance que l'enfant, pendant sa maladie, était en relation si intime avec le Sauveur qu'il pourrait prédire l'avenir... »

(1) L. DUFESTEL. — *Des maladies simulées chez les enfants*, Thèse, Paris 1888.

Ainsi, l'hétéro-suggestion du pathologique s'observe donc à l'origine de certains accidents pithiatiques ; faite quelquefois sous la forme d'une incitation précise à tel accident particulier (« tu vas être paralysé des jambes..., ça va te remonter au ventre... »), elle est plus souvent une incitation à la maladie en général ; et c'est au hasard d'une lecture, d'une conversation ou d'un spectacle que la détermination se précise.

Ces cas guérissent facilement par l'isolement, ou la contre-suggestion (1).

L'avertissement aux parents est capital si l'on veut éviter la récurrence. Le conseil à donner est simple : il faut supprimer toute phrase, tout comportement, tout spectacle suggestifs de la maladie, en particulier, proscrire la menace conditionnelle de la maladie et éviter la sollicitude intempestive : ce dernier conseil s'applique tout particulièrement aux grands-parents, ou aux parents de l'enfant « désiré » ou unique trop souvent choyé, gâté, dépouillé de tout goût du risque, diminué dans l'irritabilité de sa matière vivante. Il est rare que le milieu soit borné au point de ne pas comprendre ou appliquer ces conseils.

C'était le cas cependant pour D... Jean ; nous avons dû, devant l'incompréhension de la mère, débile suggestible, expédier de nouveau l'enfant à la campagne, pour le séparer du milieu familial.

Cette séparation du milieu familial serait indiquée pour tout cas analogue.

III. — LE TRAUMATISÉ AFFECTIF

Nous réunissons dans ce chapitre tous les cas où l'accident pithiatique est en rapport avec un **conflit affectif profondément enfoui dans l'inconscient**.

Cette forme étiologique résiste souvent à tous les procédés thérapeutiques à l'exception de la psychanalyse. La contre-suggestion armée y est inefficace ; lorsqu'elle prend la forme d'une manœuvre douloureuse, elle est un procédé inutilement cruel et, qui plus est, nuisible ; une thérapeutique brutale risque de rendre l'enfant méfiant, hostile, et d'augmenter sa résistance à la seule thérapeutique efficace : la psychanalyse.

Il sera donc question de psychanalyse dans ce chapitre. Nous avons utilisé dans sa rédaction les comptes rendus de psychanalyses d'enfants, que nous connaissons, les uns déjà publiés, les autres inédits. Nous devons beaucoup aux conversations que nous avons eues avec les deux psychanalystes du service du Docteur HEUYER : Mlle BOUTONIER et André BERGE, dont nous avons constaté l'heureuse influence, et aux travaux de Mme MORGENSTERN. S'il nous arrive d'émettre une critique de médecin à l'égard des psychanalystes, aucun d'eux ne se trouve en cause.

L'interprétation de chaque cas concret est fonction de la sagacité du psychanalyste, mais aussi de son imagination et peut-être de ses propres préoccupations.

(1) Elle a échoué chez D..., Jean.

pations affectives. Aussi nous sommes-nous efforcé de schématiser et de rester dans le cadre des généralités, tel que l'exige un travail qui cherche surtout à être clinique.

Dans la rédaction de ce chapitre nous supposons connus du lecteur les points principaux des doctrines de FREUD, et dérivées de lui. Ceux qui désireraient se familiariser avec les grandes lignes de cette doctrine liront avec profit :

1. S. FREUD : *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Payot, éd.

L'essentiel de la doctrine y est présenté par l'auteur lui-même sous une forme claire et concise.

2. G. HEUYER : *La Psychanalyse* (1), où l'auteur fait la critique du « Pansexualisme ».

Restant dans le domaine des faits, nous signalerons ce que la psychanalyse, en tant que méthode d'exploration, permet de retrouver comme mobiles affectifs à l'origine de l'accident pithiatique. Nous ne parlerons des interprétations freudiennes que dans la mesure où l'on ne peut se passer d'elles pour certaines explications.

Chaque cas porte la marque de l'individualité. Cependant on peut ramener les divers conflits et complexes particuliers à quelques schémas principaux. Leur connaissance nous paraît utile à un autre point de vue que le documentaire. On les retrouvera souvent dans la pratique courante à l'état d'ébauche ; il est utile et possible d'en libérer l'enfant avant qu'ils n'aient influencé de manière fâcheuse son comportement, ou d'éviter chez les parents une attitude propre à les faire naître. Le conflit naît souvent à l'occasion d'un retard affectif. Or, dans le développement de l'affectivité, le milieu joue un rôle très important qui ne doit pas, du reste, faire méconnaître celui de l'hérédité.

Le conflit est lié d'ordinaire à l'existence d'un **complexe**.

Nous nous servons de ce terme en lui donnant le sens commun de « contraire de simple », « composé de plusieurs éléments », sans prétendre à l'orthodoxie psychanalyste. Et nous verrons les complexes principaux :

Complexe de culpabilité, entraînant la crainte du châtimement, ou l'angoisse du remords ; la maladie apporte la solution dans les deux cas : ayant la valeur d'une expiation, elle apaise l'angoisse du remords ; ayant la valeur d'un châtimement imposé, elle donne à l'enfant l'espoir que ce châtimement volontaire lui épargnera le châtimement plus cruel qu'il redoute ;

Complexe d'infériorité, qui pousse l'enfant à chercher une compensation dans la maladie :

« *N'est-ce pas (... la maladie) un refuge tout indiqué pour quiconque, affaibli, diminué, dominé par le sentiment de son impuissance, se sent hors de*

(1) Page 35 du Tome I du volume de Psychiatrie in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Maloine, édit.

combat ? Puisque ce refuge se présente de lui-même à moi, pourquoi ne l'accueillerais-je pas à bras ouverts ? »

(Extrait du journal intime d'un jeune hystérique, publié par le docteur SCHNYDER de Berne, cité par Claparède.) (1)

Complexe de l'amour déçu (2), qui trouve dans la maladie un moyen de faire tomber les obstacles à la satisfaction de cet amour. Chez l'enfant jeune, à l'âge du **Complexe d'Œdipe**, l'affection du fils pour la mère, de la fille pour le père a la violence de l'amour, et ne souffre pas le partage. Par le moyen de la maladie, l'enfant s'efforce d'attirer l'attention de l'être aimé, ou encore il cherche à évincer un rival en monopolisant, au désavantage de ce dernier, toute l'activité de la personne aimée.

Tout ceci peut s'expliquer sans faire appel aux processus décrits par FREUD ; l'idée de la maladie y apparaît comme l'aboutissant d'un mécanisme imaginé, plutôt que raisonné ; imaginé sous l'emprise d'un sentiment passionné, ce qui suffirait à faire admettre au moins sa subconscience ; l'oubli de tout ce mécanisme imaginatif rendrait compte de son inconscience actuelle.

La découverte de tous ces rouages donne au psychanalyste la possibilité de raisonner le sujet, de dissiper ses idées erronées, et de lui procurer les paroles apaisantes.

Il est des cas cependant où l'on ne peut trouver une explication satisfaisante sans faire appel à FREUD.

Voici, par exemple, un garçon près duquel son père prend figure de rival en tant qu'il le frustre d'une part de l'affection maternelle.

Le désir de détruire ce rival naît dans l'inconscient de l'enfant et s'y heurte au désir contraire de ne point faire de mal à un être aimé : son père. Ce deuxième désir interdit la satisfaction directe du premier, lequel par cette interdiction se trouve « **refoulé** » ; mais le refoulement ne supprime pas l'impulsion à la satisfaction du premier désir : celui de destruction du rival.

Cette impulsion va être obéie et le désir de destruction trouvera à se satisfaire grâce au mécanisme du **transfert**. Par ce mécanisme, l'enfant reporte son désir de destruction sur une autre personne, qui peut être la sienne propre, et il s'infligera la manœuvre de destruction primitivement destinée à son père. Quand le psychanalyste intervient, par un nouveau transfert, l'enfant reporte sur ce dernier sa manœuvre de destruction et s'en libère lui-même.

Or, cette manœuvre de destruction ne sera pas directe, brutale, mais **symbolique** : sur l'enfant lui-même, ce sera l'accident pithiatique : la diminution corporelle symbolisant la privation de la vie. Vis-à-vis du psychanalyste, la manœuvre pourra être symbolisée par des paroles agressives, lors du transfert libérateur. **Le symbolisme** peut aller plus loin : ce ne sera plus contre le psychanalyste que sera dirigée la manœuvre, mais contre son effigie

(1) Préface à S. FREUD : *Cinq leçons sur la psychanalyse*.

(2) Ou Complexe d'abandon.

dessinée par l'enfant. La manœuvre destructive apparaît alors plus claire : dans le dessin, le psychanalyste est tué, bâtonné, ou opéré avec un grand couteau. Cet exemple, tiré d'observations d'enfants psychanalysés, nous montre la nécessité de faire appel au transfert et au symbolisme pour expliquer certains faits de pithiatisme.

En dehors du pithiatisme, l'enfant trouve dans le symbolisme (1) de son jeu, de son dessin, de ses rêves ou de sa rêverie le moyen de satisfaire certains de ses désirs que heurte la réalité : désir d'être grand : il sera dans le jeu chef d'armée ; désir de se venger : il crèvera les yeux à sa poupée ; désir d'amour tendre : il se fera câliner par un ours en peluche. Cette tendance s'atténue mais persiste avec l'âge.

Le mécanisme du « **déplacement** » sera envisagé dans l'exemple suivant :

Supposons que notre garçon de l'exemple précédent se soit infligé à lui-même, selon le mécanisme du transfert et de la symbolisation, la manœuvre de destruction primitivement destinée à son père : supposons que l'enfant ait eu le désir de lui couper les bras. Transférée sur l'enfant et symbolisée, cette double amputation deviendra une diplégie brachiale. Mais cette amputation symbolique peut être **déplacée** sur un autre organe, par exemple les organes de la phonation ou de la vision. Ainsi le désir initial de l'enfant aura abouti à une aphonie ou une amaurose pithiatique.

D'autre part, sans donner dans la doctrine du pansexualisme que nous rejetons, dont FREUD lui-même s'est défendu, il est incontestable que la **notion de sexe** se trouve souvent à l'origine ou au développement de ces complexes. Nous en donnerons aussi des exemples :

Voici un petit garçon qui, à l'occasion d'une constatation fortuite, s'aperçoit que les filles n'ont pas de « robinet », de « bête ». Il en conclut que, si elles n'en ont pas, c'est qu'on la leur a coupée ; que si on la leur a coupée, c'était pour les punir : ainsi s'installera chez lui un **complexe de crainte**. Pour peu qu'une menace maladroite de castration soit proférée contre ce garçon à propos de ses « mauvaises habitudes », ce complexe de crainte deviendra **complexe de castration** et pourra entraîner l'accident pithiatique, soit par un mécanisme d'auto-punition, décrit à propos du complexe de culpabilité, soit par auto-suggestion. Dans ce dernier cas, l'enfant croira que son acte de masturbation, ou même un simple attouchement de ses organes génitaux, a provoqué l'exécution de la menace conditionnelle de castration ; symbolisée et déplacée, cette castration deviendra paraplégie, aphonie ou autre symptôme pithiatique de même signification.

Autre exemple : une petite fille, couchant dans la chambre de ses parents, a entrevu quelque chose des rapports conjugaux, qui lui apparaissent comme

(1) S. MORGENSTERN : *Psychanalyse infantile*. Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant, Denoël, édit.

un acte brutal exercé par l'homme sur la femme. L'idée qu'elle est du même sexe que sa mère va entraîner le **complexe de crainte**.

Autre exemple : une petite fille, ayant constaté la présence du pénis chez un petit frère que l'on changeait, se rend compte qu'il lui manque quelque chose. Ainsi peut naître le **complexe d'infériorité**.

Autre exemple encore : un enfant d'un sexe quelconque s'est aperçu que son père est plus autoritaire, d'une affection moins démonstrative, plus « méchant » que la mère. S'il possède la notion anatomique du sexe, il attribue cette différence de comportement à la présence du pénis chez le père ; l'idée lui vient que l'absence du pénis rendrait peut-être le père moins méchant, et il souhaite que le fait se réalise. Or, les enfants croient au pouvoir magique des mots, des sentences, des désirs. L'enfant peut supposer que son désir de voir son père émasculé a pu déterminer effectivement la castration de ce dernier. Ainsi naît une nouvelle forme du **complexe de castration** qui se ramène au **complexe de culpabilité**.

La notion de sexe peut encore être liée à un autre mécanisme : l'enfant peut souhaiter la destruction de son père rival ; cette destruction prendra la forme symbolique de la castration que le fils localisera sur lui-même par le transfert, puis sur un autre organe de sa personne par le déplacement.

Ces divers cas, relatés sous forme schématique, sont couramment observés par les psychanalystes d'enfants (1). On pourrait supposer qu'il s'agit là, non du mécanisme réel du processus imaginatif de l'enfant, mais de l'interprétation abusive d'un psychanalyste imaginatif ou névrosé. Il a pu en être ainsi. Mais il existe de nombreux cas où l'interprétation est fournie par l'enfant lui-même en paroles, ou en dessins d'un symbolisme évident.

L'investigation psychanalytique utilise surtout chez l'enfant l'interprétation du dessin spontané dans lequel l'enfant livre, sans crainte d'être découvert, ses préoccupations intimes (2), et l'étude des rêves. Notre ami, André BERGE, y adjoint l'utilisation du modelage spontané et l'étude de la rêverie à l'état de veille.

L'étude du jeu fournit également des résultats intéressants au point de vue doctrinal, mais d'une application pratique insuffisante. Le procédé basé sur les associations libres n'est utilisable que chez le grand enfant ; encore est-il peu praticable.

Par ces divers procédés, l'enfant donne, plus rapidement que l'adulte, la clef de ses conflits affectifs.

(1) Nous avons laissé de côté le mécanisme de l'identification : par ce mécanisme, le sujet identifie une personne à une autre : il peut s'identifier ainsi lui-même à une autre personne, et s'infliger à lui-même le traitement qu'il envisage pour autrui, sans qu'il soit besoin de transfert. Le terme de transfert implique, dans la terminologie freudienne, un transport d'énergie affective qui fait défaut dans l'identification.

(2) La méthode a été employée pour la première fois par HEUYER et Mme MORGENSTERN dans un cas de mutisme psychogène, en 1926. Le compte rendu de la psychanalyse et des dessins de l'enfant, Jacques R..., est donné dans l'ouvrage déjà cité de Mme MORGENSTERN : *Psychanalyse infantile*.

Mme MORGENSTERN fait remarquer l'absence presque complète de refoulement chez l'enfant : c'est vrai jusqu'aux approches de la puberté, où le refoulement commence à se manifester plus fortement au psychanalyste par la « **résistance** » : refus de dessiner, refus de dire la pensée venue par l'association libre.

A l'origine de beaucoup de complexes se trouve **le complexe d'Œdipe**, sur lequel FREUD a le premier appelé l'attention. En pleine activité de 3 à 7 ans, il se liquide normalement vers l'âge de 7 ans.

Un autre complexe forme un noyau important : **le complexe de castration**, auquel Mlle MARETTE a consacré une thèse très documentée. (1) Le terme de castration y est employé avec une acception freudienne fort large de « frustration de possibilités de satisfactions sexuelles ».

Sans aller jusqu'à cette extension qui laisse le profane un peu pantois, il est incontestable que la notion de castration, au sens habituel du mot, est souvent mêlée à l'origine des complexes, ainsi que nous l'avons vu.

Tels nous apparaissent les complexes les plus fréquemment rencontrés chez l'enfant. Le conflit peut exister depuis longtemps avant d'occasionner l'accident pithiatique. FREUD avait déjà constaté, dans ses psychanalyses d'adultes, qu'il fallait habituellement remonter jusqu'à l'enfance du sujet pour retrouver le complexe initial et que seule la libération de ce complexe lointain guérissait le malade. E. PICHON, qui était à la fois pédiatre averti et psychanalyste, déclare avoir souvent vérifié par la psychanalyse directe de l'enfant ce que FREUD avait supposé de ce dernier d'après les examens de l'adulte.

Pour FREUD et l'école psychanalytique, la réalisation du symptôme, autrement dit de l'accident pithiatique, est entièrement inconsciente. Nous pensons qu'il serait plus vrai de dire que le sujet ne peut en évoquer les phases spontanément : c'est tout ce que la psychanalyse permet d'affirmer : ces phases sont actuellement dans l'inconscient ; peut-être n'y ont-elles pas toujours été.

Pour ces mêmes auteurs, l'accident pithiatique ne serait que l'obéissance à un désir resté dans l'inconscient ; comme tel, sa satisfaction serait entièrement involontaire.

A l'appui de cette affirmation les psychanalystes citent l'exemple de la suggestion sur le sujet endormi du sommeil hypnotique. L'ordre qu'a reçu le sujet pendant qu'il est en état d'hypnose est exécuté par lui automatiquement lors du retour à l'état de veille. L'oubli de l'ordre reçu est total et pourtant cet ordre est exécuté. Bien plus, si l'on demande au sujet les raisons de cet acte, qui peut être absurde, il en donne toujours une « *justification suffisante à ses yeux, alors qu'elle va souvent contre toute logique. Par exemple, un sujet, ouvrant son parapluie en pleine réunion, selon l'ordre qu'il en avait reçu sous hypnose, répondait aux questions de l'entourage : " Je veux voir si mon parapluie est en bon état ".* » (F. MARETTE.)

(1) F. MARETTE : *Psychanalyse et Pédiatrie. — Le complexe de castration*. Thèse, Paris 1940.

On peut objecter que l'exemple de l'Hypnose est toujours suspect car trop souvent entamé de supercherie. Des exemples tirés de la vie courante prouvent qu'un ordre inconscient peut être exécuté par un sujet sans qu'il ait connaissance du mobile inconscient de son acte. A qui n'est-il pas arrivé de faire un geste : prendre son stylographe, aller dans une pièce, adopter un parcours de promenade (1), et ne retrouver les raisons réelles de ce geste que dans un désir devenu inconscient depuis un temps plus ou moins long. Certains actes absurdes du « distrait » ne s'expliquent pas autrement.

On y trouve la preuve que certains de nos actes peuvent avoir une motivation inconsciente et, partant, inconnue du sujet.

La réalisation de l'accident pithiatique adopte peut-être le même mécanisme, avec des différences purement quantitatives. Elle serait ainsi totalement inconsciente, et conforme à l'impression clinique que donnent certains pithiatiques d'être vraiment inconscients du rôle effectif qu'ils jouent dans la détermination de leur symptôme.

Même si l'on rejette la possibilité de ce mécanisme, on peut trouver une autre raison de l'inconscience au moins partielle du pithiatique si l'on considère les conditions de la décision et de la réalisation du symptôme : ces conditions peuvent toutes se ramener à celle de l'imminence d'un danger grave, où, comme dit le sens commun, « on ne se connaît plus ».

Qu'on imagine l'état d'esprit du garçon qui est persuadé qu'on va lui couper le pénis ; de l'enfant, « amoureux fou » de sa mère ou de son père, auquel se manifeste le danger de perdre cet amour ; de l'enfant qui se figure que son désir a eu pour résultat matériel d'émasculer son père ;

Qu'on se représente que la maladie s'offre à lui comme le refuge : on comprendra que l'enfant s'y jette à corps perdu et s'y maintienne tant qu'on n'a pas découvert et redressé sa conception fausse de danger ou de culpabilité. C'est, au début, une réaction instinctive où n'interviennent ni la réflexion ni la volonté supérieure (2) ; que le sujet reste inconscient des mobiles de cette réaction, on pourrait l'expliquer par l'impossibilité de « rappeler » leur souvenir ; il est difficile d'admettre que le rappel d'un état d'esprit aussi fort ne remonte pas spontanément à la conscience : FREUD nous donne l'explication :

(1) CLAPARÈDE rapporte à ce sujet l'exemple suivant : « Dans sa sixième promenade, Jean-Jacques... (Rousseau)... nous raconte qu'il avait pris l'habitude de faire un détour lorsqu'il approchait d'un certain boulevard. S'étant demandé d'où provenait cette habitude "machinale" : "Voilà, répondit-il, ce que j'y découvris en réfléchissant ; car rien de tout cela ne s'était offert jusqu'alors distinctement à ma pensée" : il s'agissait d'éviter un petit mendiant dont le babil était déplaisant. " Nous n'avons guère de mouvement machinal, remarque Rousseau, dont nous ne puissions trouver la cause dans notre cœur, si nous savions bien l'y chercher." Mettez « subconscient » à la place de « cœur » et vous avez dans toute sa pureté l'essence même de la doctrine psychanalytique. On voit qu'il n'y a pas là de quoi effrayer les population. »

(CLAPARÈDE. Introduction à : FREUD, loco citato.)

(2) Tels une fuite éperdue devant un danger horribant, la saisie d'une planche par le naufragé, le geste de l'alpiniste en détresse qui se cramponne, etc.

quelque chose s'oppose à l'émergence du souvenir : c'est **l'angoisse** qu'il risque de faire naître, laquelle, agissant par le mécanisme du **refoulement**, s'oppose, avec efficacité, à toute tentative d'émergence.

Quoi qu'il en soit de l'importance à donner à la participation de la volonté et de la conscience à sa réalisation, l'accident pithiatique présente bien un **caractère utilitaire** : il est le moyen adapté à une fin (1). La fin, c'est la solution du conflit. Le moyen est à l'intention, soit d'une tierce personne, père « méchant », mère inaffectueuse, frère rival... etc., soit du sujet en tant que spectateur et juge de lui-même. C'est pourquoi il prend une forme visible, somatique. Ce moyen nous semble à première vue absurde. Il devient compréhensible si l'on a présentes à l'esprit certaines caractéristiques du psychisme infantile comme le symbolisme, la croyance au pouvoir magique des mots et des sentences, et si l'on admet le jeu du refoulement, du transfert, du déplacement, sans qu'il soit nécessaire de les invoquer tous à propos d'un cas concret.

D'autre part, nous émettons l'hypothèse que, dans certains cas de mutisme, de paraplégie, ou d'énurésie pithiatiques, ce qui est recherché par l'imagination de l'enfant, ce n'est pas la maladie apaisante, mais le retour à la première enfance, symbolisé par l'un ou l'autre de ces symptômes, car un petit enfant, symboliquement, c'est quelqu'un qui ne parle pas, qui ne marche pas, et qui fait pipi sous lui ; le fait qui nous suggère cette hypothèse est la constatation d'accidents de ce type chez des enfants fixés à leur mère, à l'occasion de la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur au profit duquel la mère distrait une part de l'affection dont le malade était auparavant le seul bénéficiaire. Jaloux de la place, prise par le bébé dans l'affection maternelle, l'estimant privilégiée et due au jeune âge de celui-ci, l'enfant désire redevenir un tout-petit pour être, à son tour, le préféré ; la réalisation de ce désir prend alors la forme symbolique de l'un des accidents pithiatiques dont il est question ci-dessus.

En résumé, il est des enfants chez lesquels l'accident pithiatique a pour point de départ un conflit affectif cruel. Les éléments de ce conflit sont profondément enfouis dans l'inconscient.

Seule l'exploration psychanalytique permet d'en rendre compte et d'en libérer l'enfant.

Ces enfants ne sont pas des mythomanes ; l'hétéro-suggestion ne se retrouve chez eux que de façon très contingente. Le groupe mérite donc d'être individualisé.

(1) Et non pas une conversion au sens freudien du mot. L'accident pithiatique ne nous paraît pas le substitut d'une idée refoulée, mais un moyen efficace de supprimer l'angoisse née d'un désir refoulé et non satisfait. Cette hypothèse de la conversion s'appliquerait mieux, à notre avis, aux accidents de la série psychasthénique guérissables par psychanalyse.

La réalisation de l'accident est-elle totalement inconsciente, totalement involontaire, telle que l'explique FREUD ?

On ne peut contredire qu'il en soit parfois ainsi (1). L'est-elle au moins partiellement ? Il semble que oui, d'après l'observation clinique (2). Nous avons cherché à l'expliquer. En tout cas, un fait est certain : c'est le bienfait de la thérapeutique psychanalytique.

L'intervention du psychanalyste guérit les enfants de leur symptôme, mais il faut également qu'elle les libère de leur conflit. Sinon, le symptôme actuel sera remplacé par autre chose : autre localisation pithiatique ou trouble grave du caractère ; il faut éviter aussi, par des explications maladroitement données à l'enfant sur ses pensées et désirs inconscients, (3) de remplacer un conflit par un autre, en particulier de faire naître le complexe de culpabilité qui a pu entraîner des enfants jusqu'au suicide. Il faut donc au psychanalyste beaucoup de qualités et des connaissances médicales suffisantes pour suivre l'évolution de son intervention.

Ces réserves étant faites, il est habituel chez l'enfant, surtout chez l'enfant isolé, que la dissolution du conflit soit simple et contemporaine de la guérison de l'accident pithiatique.

IV. — LES CAS INTERMÉDIAIRES

Ce sont les plus fréquents. On trouve dans leur étiologie une combinaison variable des facteurs précédemment étudiés, et chaque cas emprunte à l'un ou à l'autre sa raison prédominante : exaltation imaginative, suggestibilité, penchant à l'imitation, mobile affectif. Le **mobile affectif** constitue ici le facteur le plus important.

Il n'est pas encore enfoui profondément dans l'inconscient et reste accessible à l'investigation courante, sans qu'il soit besoin de faire appel au psychanalyste. Cela ne veut pas dire qu'on le met toujours en évidence : la rapidité de la guérison ne laisse souvent pas le temps d'une enquête suffisante. L'apparition de ce mobile est expliquée par l'anomalie de l'affectivité, constamment rencontrée ainsi que nous l'avons souligné à l'étude du psychisme. On retrouve fréquemment :

la **tendance vaniteuse**, qui se complaît dans la mise en scène et se manifeste dans un **désir anormal d'attirer l'attention** ;

(1) Pansexualisme et « panlibido » écartés.

(2) Nous envisageons l'observation clinique directe. Nous ne pouvons accepter le faisonnement qui consiste à dire : ces sujets doivent être inconscients ; car il faut être inconscient pour, n'étant pas un aliéné, s'infliger à soi-même le dommage d'une maladie. Nous avons vu qu'au point de vue du sujet la maladie apparaît, non comme un dommage, mais comme une solution heureuse.

(3) qui frôlent souvent le crime, ainsi que le fait remarquer Mme MORGENSTERN.

l'**affection exagérée**, « captative », à l'égard de l'un des parents, surtout de la mère, ne supportant pas le partage, jalouse du père, jalouse surtout des frères et sœurs, terriblement exigeante de marques affectueuses ;

la **tendance autoritaire**, qui obtient la satisfaction de tous ses désirs par le truchement de la maladie ;

la **tendance égoïste** vers le bien-être, l'habitude de se faire servir, droloter, née de la complaisance de parents faibles ou, assez fréquemment, de la sollicitude éprouvée à l'occasion d'une maladie ;

assez souvent aussi une **sensibilité délicate, tendre, qui souffre** de l'indifférence ou de l'hostilité de parents indignes ou seulement incompréhensifs, et s'efforce d'obtenir, par la maladie, à défaut d'affection, de la compassion.

La part de responsabilité du milieu est particulièrement grande. Il suffit souvent d'un changement dans son attitude pour que tout disparaisse. A défaut, l'isolement obtient rapidement la sédation des accidents. Une éducation convenable, un comportement parental normal rendent les récidives exceptionnelles.

La transition entre l'accident pithiatique étudié ici et le fait banal de simulation se fait insensiblement. Les mobiles du pithiatique peuvent être les mêmes que les motifs du simulateur, et, si le pithiatique bénéficie des « circonstances atténuantes », c'est qu'on estime qu'il agit sans pleine connaissance et sans entier consentement.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Les règles générales du diagnostic de l'accident pithiatique chez l'adulte restent valables chez l'enfant.

On dispose pour faire ce diagnostic de trois éléments :

1° **Des éléments positifs.** — Le caractère atypique d'un symptôme par rapport à ce qui est la règle dans les affections connues doit faire suspecter le pithiatisme.

Plus évocateur encore est l'accident dont l'originalité ne rappelle aucun fait pathologique décrit. C'était le cas chez G... Roland, avec sa démarche d'équilibriste. De même, la mise en scène fait tout de suite penser au pithiatisme.

Cependant, les anciens ouvrages abondent d'observations de cas étiquetés hystérie, ou pithiatisme, qui firent, depuis, la preuve de leur organicité.

Dans le domaine de la pathologie du diencéphale, du système neuro-végétatif, de l'irrigation capillaire cérébrale, des voies d'association entre les divers centres encéphaliques, de la régulation du tonus musculaire, des centres moteurs cérébraux... etc., il existe encore de nombreuses inconnues qui seront peut-être résolues ultérieurement, à l'occasion d'une épidémie à virus neurotrope, comme ce fut le cas pour la maladie de Von Economo. L'aspect bizarre d'un accident, surtout d'un accident moteur actif, ne suffit pas à affirmer le diagnostic. Y a-t-il quelque chose de plus bizarre, de plus hystéroïde que la chorée ou l'athétose ? N'a-t-on pas l'impression d'une pantomime où tout le plaisir de la moquerie se trouve du côté de l'acteur ? Et pourtant la chorée de Sydenham est une réalité organique : maladie infectieuse à localisation nerveuse principale.

Il faut également penser que l'accident pithiatique peut être une bonne copie, et se montrer à bon escient progressif, ou nuancé — quoique ce soit rare.

Aussi, comme le disait BABINSKI, tous ces éléments positifs ont moins de valeur que les suivants.

2° **Des éléments négatifs.** — L'absence de tout signe physique minutieusement recherché par les examens cliniques et paracliniques est une condition formelle pour le diagnostic, surtout lorsqu'elle se trouve en contradiction avec l'intensité du phénomène fonctionnel.

Un état somatique atypique, réalisable par la volonté, a toutes les chances d'être pithiatique s'il ne s'accompagne d'aucun des symptômes physiques constatés d'ordinaire dans l'affection organique que simule cet état.

Dans le pithiatisme à forme psychiatrique, l'absence des autres éléments du syndrome a la même valeur que l'absence de signe physique dans le pithiatisme à forme somatique.

Le diagnostic d'accident pithiatique est cependant compatible avec la perception de signes physiques, s'ils apparaissent comme la conséquence de ce

dernier. Ce sont les **troubles secondaires** de BABINSKI. On ne saurait s'étonner de constater, chez un sujet longtemps immobilisé par une coxalgie ou une paralysie pithiatiques, une certaine limitation des mouvements passifs de l'articulation, ou un peu d'atrophie musculaire. De même, et nous y insistons, l'anorexie mentale entraîne nombre de modifications physiques qui ne sont que la conséquence de la restriction alimentaire. Parmi ces conséquences se trouvent les troubles endocriniens.

Nous savons, d'autre part, que l'accident pithiatique peut constituer l'appoint, d'importance variable, à un élément organique local. Il s'agit alors de ne pas méconnaître cet appoint. Mais, et c'est très important, il faut toujours réserver diagnostic et pronostic quand on croit avoir affaire à un cas intriqué : **il faut penser « organique » avant de penser « pithiatique »** et attendre les résultats de l'observation et de l'isolement. On se préservera ainsi de tout mécompte préjudiciable au malade et, plus encore, au médecin.

3° La mise en observation et l'épreuve du traitement. — Elles doivent être considérées comme capitales et décisives.

L'observation prolongée, attentive, énigmatique pour le malade que l'on surveille à son insu, permettra de reconnaître la « faute » ou l'atypie évolutive qui viendront confirmer l'impression première.

La guérison totale, complète, rapide doit être exigée comme critère du diagnostic. L'emploi du mot « rapide » nécessite une explication. L'accident pithiatique peut longtemps se maintenir tant qu'on n'a pas trouvé le moyen thérapeutique efficace : contre-suggestion sous une forme particulière, et surtout psychanalyse. Mais dès qu'on a mis en œuvre le moyen efficace, la guérison est rapide et quasi-immédiate. Cette réserve étant faite, il est juste de dire que, dans la majorité des cas, la guérison, par le seul isolement ou toute autre méthode, est rapide.

La guérison ne sera instructive qu'à la condition d'être due à un procédé qui ne peut agir que sur le mécanisme psychogène de l'accident pithiatique.

Rappelons, à ce propos, que la contre-suggestion s'est montrée efficace sur des cas qui n'avaient rien à voir avec le pithiatisme : tels les verrues, certains accidents de la série post-encéphalitique, et certaines manifestations de la schizophrénie.

Au point de vue doctrinal, la guérison par contre-suggestion, surtout la contre-suggestion dite « armée », peut donc être discutée en tant que critère nosologique.

On ne saurait en dire autant de l'isolement, dont l'action, rapide dans le pithiatisme, peu efficace dans les cas mentionnés ci-dessus, fait tomber, nous semble-t-il, toute discussion d'ordre nosologique, et permet en pratique le diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'accident pithiatique pouvant, a priori, prendre le masque de n'importe quel symptôme fonctionnel, il faudrait passer en revue toute la pathologie si l'on voulait tout dire. Aussi nous limiterons-nous à quelques faits importants.

Pithiatisme et Épilepsie. — Quand on a soigneusement recherché par l'anamnèse et l'observation tous les différents symptômes de la comitialité, qu'il s'agisse de la crise convulsive ou des équivalents, il faut, pour éviter l'erreur diagnostique, avoir bien présents à l'esprit :

— que la « crise nerveuse » pithiatique peut reproduire, à s'y méprendre, même pour le médecin qui l'observe, une crise d'épilepsie généralisée.

Un enfant, hospitalisé salle Blache, mimait, sur demande, une crise d'épilepsie généralisée, avec une exactitude surprenante : il offrait comme programme « avec bave ou sans bave, avec pipi ou sans pipi, deux ou trois minutes ». Mais c'était un acteur d'un rare talent, qui réjouissait la salle par ses imitations de Georgius et de Maurice Chevalier.

— que, même si la reproduction semble parfaite, la perte de conscience n'est jamais réelle, en dépit des apparences, dans la crise pithiatique ou simulée. La révulsion faciale énergique et soudaine, faite avec un linge mouillé (1), est toujours accusée par la crispation des traits et suffit souvent à tout faire rentrer dans l'ordre ; chez les sujets plus « durs » il peut être nécessaire d'avoir recours à une manœuvre plus douloureuse : compression du testicule, de la région ovarienne, instillation d'une goutte d'éther dans l'œil. (2)

— que, même très bon imitateur, le pithiatique néglige habituellement la phase crépusculaire ; dès que la crise est terminée, il se relève frais, dispos, et peut reprendre ses occupations.

— qu'une crise comitiale authentique peut avoir une émotion comme cause occasionnelle déclenchante.

— qu'une crise atypique peut être de nature comitiale, et qu'une telle crise, si elle est seulement nocturne, a les plus grandes chances d'être comitiale.

— que le pithiatisme ne prend pour ainsi dire jamais le masque d'une crise convulsive localisée, des accidents du petit mal, et très exceptionnellement celui des terreurs nocturnes, du somnambulisme.

— que les épileptiques peuvent présenter, dans l'intervalle de leurs crises réelles, des crises pithiatiques ou simulées : C... Edmond, C... André, B... Yvette en sont des exemples que nous avons vérifiés. Notre petit imitateur com plaisant était un comital authentique.

(1) Cette méthode n'entraîne aucun risque de traumatisme, laisse peu de traces sur la joue, et prend la forme d'un geste thérapeutique. On évitera ainsi toute dispute avec des parents revendicateurs ou d'un apitoiement exagéré, qui feraient grief au médecin de l'usage de la gifle : méthode tout aussi efficace.

(2) Nous n'avons jamais utilisé ce dernier procédé. Il nous a été signalé par notre cousin le Docteur DELHAYE, médecin dans l'armée belge, qui l'a employé plusieurs fois pour dépister les simulateurs et nous en a dit merveille : la simulation commencée en crise s'achève en pas de course à une allure record.

Pour tous ces cas de diagnostic difficile, surtout quand on ne possède que les renseignements de l'anamnèse, l'examen électro-encéphalographique est un précieux moyen de diagnostic.

Il y a des tracés typiques de la comitialité. Leur constatation permet d'en affirmer le diagnostic. Il ne reste plus, si l'on a de sérieuses raisons de soupçonner l'adjonction du pithiatisme, qu'à procéder de la manière suivante : on commence par l'emploi des barbituriques et on attend leur effet : si, en dépit d'une dose convenable, il persiste encore des crises, on essaiera l'isolement.

Un tracé normal n'est concluant que si l'examen a été pratiqué peu de temps après une crise. On ne doit pas éliminer la comitialité sur la foi d'un tracé normal qui n'aurait pas été obtenu dans de telles conditions. Il faut recommencer l'examen.

Dans le pithiatisme pur, tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que le tracé électro-encéphalographique est d'ordinaire rigoureusement normal. Nous avons aussi des exemples où le tracé présentait des altérations qui n'étaient pas du type comitial. D'autres auteurs (DELAY, TITÉCA) ont, eux aussi, observé des altérations du tracé électro-encéphalographique chez des pithiatiques, et ont pensé que, par cette voie, on pourrait arriver à préciser la physiopathologie de l'hystérie. Nous croyons personnellement que les résultats négatifs ont, du point de vue doctrinal, l'importance la plus grande : puisque, dans de bonnes conditions d'examen, le tracé électro-encéphalographique s'est montré normal chez des pithiatiques, c'est que les conditions physio-pathologiques révélées par un tracé anormal ne sont pas nécessaires à la réalisation de l'accident pithiatique.

Nous devons aussi faire d'autres réserves à propos des tracés anormaux. La technique de l'examen est délicate et fourmille de causes d'erreur venant du comportement du sujet durant l'examen. Même si l'on admet que les artefacts sont tous et toujours dépités, la séméiologie du tracé électro-encéphalographique, en dehors de la comitialité, est loin d'être précisée.

A l'examen clinique, on trouve, chez bon nombre de pithiatiques, des éléments qui, sans permettre d'en faire des psychosés, témoignent cependant d'un psychisme anormal ; on constate parfois une certaine débilité motrice. Il est intéressant de constater que le tracé électro-encéphalographique donne de ces anomalies une traduction plus accessible à l'étude scientifique. Mais les résultats de l'observation clinique sont complexes : il serait étonnant que les réponses de l'encéphalogramme ne le fussent pas. Quelle est la part, dans l'anomalie d'un tracé, du trouble psychique, de la débilité motrice, de la souffrance cérébrale indéterminée ? Il est trop tôt pour conclure, et nous ne sommes pas encore à l'époque où nous lirons sur le compte rendu d'examen : « tracé probablement pithiatique ». Si nous devons un jour lire une telle réponse, nous commencerions par rechercher s'il n'y a pas lieu de reviser notre diagnostic clinique de pithiatisme.

Intéressant comme procédé d'exploration, l'électro-encéphalogramme est

un moyen précieux de diagnostic différentiel. Malheureusement les appareils sont coûteux, d'une installation et d'un entretien délicats, et ne se comptent, en France, que par quelques unités : c'est là un obstacle fâcheux à l'emploi généralisé du procédé.

Pithiatisme et autres Crises nerveuses. — La crise émotive, ainsi que l'a démontré BABINSKI, est totalement différente de la crise nerveuse pithiatique. Elle se caractérise par des signes objectifs dont la volonté ne peut être directement maîtresse (réactions vaso-motrices et sécrétoires, tachycardie) associés à un comportement variable : tremblement, immobilité, fuite, agressivité.

Succédant immédiatement à une cause légitime d'émotion, elle est d'un diagnostic aisé. Nous avons vu qu'elle pouvait être associée à un appoint pithiatique. Il suffit de le savoir pour faire la part de chacun et ne pas confondre les deux.

La crise émotive somatique (1) peut être retardée par rapport à l'événement originel, surtout quand cet événement appelle des réactions instinctives. Le naufragé tombé à l'eau, l'alpiniste en situation périlleuse resteront quelquefois des heures à lutter pour leur vie, sans présenter de manifestation émotive, constatable de l'extérieur. Dès qu'ils seront hors de danger, la réaction émotive surviendra.

Un souvenir, une représentation imaginée peuvent faire apparaître une crise émotive. Mais, quelles que soient les circonstances de son apparition, cette crise garde les mêmes caractères essentiels qui la différencient de la crise nerveuse pithiatique et en permettent le diagnostic.

« Chez les enfants, les crises convulsives ne sont pas seulement ou épileptiques ou émotivo-pithiatiques. Il existe des **crises vagotoniques** dont l'hypotension artérielle, la pâleur cutanée, la bradycardie, l'état nauséeux plus ou moins lipothymique tiennent à l'hyperexcitabilité vagale de nombreux enfants. » (LAIGNEL-LAVASTINE.) (2)

Pithiatisme et Troubles post-encéphalitiques. — Cette question se pose surtout à propos de certains mouvements involontaires ou de contractures localisées. L'absence d'autres symptômes de la série post-encéphalitique ne suffit pas à affirmer le diagnostic, car le phénomène post-encéphalitique peut être longtemps mono-symptomatique. L'hyperglycorachie est parmi les signes les plus précoces. Inversement, la constatation de quelques signes de la série post-encéphalitique appelle certaines remarques : il est possible de reproduire volontairement le signe de la roue dentée : nous l'avons fait nous-même sans beaucoup d'entraînement. Pour la recherche de ce signe, le sujet doit être en relâchement musculaire complet : la moindre contraction d'opposition ou d'accompagnement peut donner l'illusion du signe ébauché. De même, une

(1) Il y a dans la crise émotive un élément psychique.

(2) In Archives de Neurologie de Bucarest 1938, N° 1, p. 31.

certaine instabilité linguale est de constatation courante chez beaucoup d'enfants et il ne faut attacher d'importance qu'au tremblement fibrillaire de la langue. Pour ce qui est de la diminution de l'automatisme des bras lors de la marche, nous l'avons retrouvé chez de simples débiles moteurs ; on se l'explique par la persistance d'une certaine paratonie. Nous pensons que ces remarques présentent un intérêt : quand on a affaire à un post-encéphalitique possible, on est toujours à l'affût d'une « ébauche » de signe. Cette ébauche peut tenir à une toute autre cause que l'encéphalite. La glycorachie elle-même a un chiffre assez élastique selon la technique des différents opérateurs, et ce fait n'est pas sans importance pratique.

L'action élective de la scopolamine sur la contracture extra-pyramidale, et la non-efficacité de l'isolement sont un bon moyen de diagnostic avec l'accident pithiatique où l'efficacité est inverse.

Quand il s'agit de mouvements involontaires, le diagnostic est beaucoup plus embarrassant. La contre-suggestion a pu se montrer efficace sur l'extra-pyramidal. Il faut aussi compter avec le caractère capricieux de l'évolution des séquelles d'encéphalite pour apprécier l'influence de l'isolement. Le diagnostic reste une affaire de temps : tôt ou tard les autres éléments du syndrome se compléteront. Durant ce laps de temps, l'abstention serait préjudiciable au post-encéphalitique en raison du caractère évolutif de l'affection ; on sait d'autre part qu'il est exceptionnel en France et chez l'enfant que l'accident pithiatique prenne le masque de ces mouvements involontaires. Aussi la prudence conseille, nous semble-t-il, de traiter, jusqu'à plus ample informé, le malade comme un post-encéphalitique, et de reprendre périodiquement l'examen, notamment l'étude du liquide céphalo-rachidien. L'avenir apportera le plus souvent la preuve qu'on a bien fait d'agir ainsi.

Le problème diagnostique n'est pas le seul : il existe aussi, à ce propos, un problème nosologique : **les rapports de l'hystérie et des fonctions diencéphaliques**. Nous ne pouvons aborder une discussion qui a déjà fait couler beaucoup d'encre. La majorité des auteurs (1) est d'avis qu'il y a entre les accidents hystériques et les accidents somatiques post-encéphalitiques une différence de nature et non de quantité. C'est aussi notre avis. On ne saurait assimiler le mécanisme psychogène de l'accident pithiatique à la production du trouble post-encéphalitique, qui a sa raison d'être dans l'atteinte de l'organe siège de la fonction : à savoir les centres qui régissent les mouvements automatiques et associés et le tonus musculaire. Il y a autant de différence entre le phénomène moteur post-encéphalitique et l'accident pithiatique qui le simulerait éventuellement qu'entre une chorée de Sydenham et une chorée pithiatique, une anorexie mentale et une anorexie due à un cancer de l'estomac.

L'école roumaine, ayant reconnu et fait la part de l'hystérie de culture,

(1) Discussion du Rapport de VAN BOGAERT au Congrès de Bruxelles ; et Enquête de la *Vie Médicale*, 25 mai 1939.

a remarqué une plus grande fréquence de l'hystérie chez les post-encéphalitiques. Nous avons fait des constatations différentes : sur 5176 dossiers que nous avons dépouillés, il est fait mention de signes de la série post-encéphalitique chez 18 enfants : aucun n'avait jusqu'alors présenté d'accident pithiatique. Chez les pithiatiques dont nous rapportons l'observation, nous relevons chez P... Irène une « ébauche de roue dentée » observée lors du premier examen et non constatée aux examens ultérieurs ; chez G... Roland, un signe du jambier antérieur bilatéral : c'est peu si l'on tient compte que l'on a recherché presque toujours systématiquement chez les enfants observés : le tremblement fibrillaire de la langue, la diminution de l'automatisme des bras à la marche, le signe de la roue dentée, l'exagération des réflexes de posture, les troubles des réflexes pupillaires et de la convergence.

Ce n'est pas sous l'angle neurologique que nous recherchons la part de l'atteinte diencéphalique dans le déterminisme de l'accident pithiatique, mais sous l'angle psychiatrique.

L'observation des perversions post-encéphalitiques a montré que le diencéphale jouait un rôle dans l'affectivité. Récemment, notre Maître HEUYER a publié, sous le nom de syndrome de « passivité » (1), les observations curieuses et comparables de deux malades présentant des signes d'un Parkinson fruste post-encéphalitique.

La première, une infirmière, avait fait droit, passivement, sans discuter, sans s'indigner, aux demandes les plus bizarres d'un grabataire qu'elle soignait. La dernière demande satisfaite fut l'organisation de leur suicide collectif dont elle réchappa. Il n'y avait chez cette femme aucun motif passionnel de suicide. Elle n'avait fait qu'agir par soumission morbide, par obéissance passive. « Il me le demandait : je le faisais » donnait-elle comme seule explication.

Le deuxième est un jeune adulte poursuivi pour désertion. Au cours d'une permission, pendant la guerre, il fut repris par l'ambiance de son métier ; il ne regagna pas sa formation au jour fixé, mais continua, machinalement, à se livrer à ses occupations habituelles, sans penser à sa situation militaire, sans chercher à se soustraire à l'autorité. Il fut arrêté par hasard.

Le comportement de ces deux malades a échappé complètement au contrôle de la volonté supérieure.

Ces divers exemples prouvent que les régions cérébrales lésées par le virus encéphalitique interviennent dans l'affectivité et le contrôle de la volonté sur l'activité. Comme on constate chez les pithiatiques une anomalie de l'une et de l'autre, on peut se demander si l'atteinte du diencéphale n'en est pas **une des (2)** conditions anatomiques. Nous disons diencéphale parce que c'est la localisation habituelle des lésions d'encéphalite ; c'est peut-être un autre

(1) HEUYER, DESCAUX et LEULIER. — *Syndrome de passivité encéphalitique*. — Société Médico-psychologique, 24 mai 1943.

(2) Et non pas la condition.

centre qui est en cause : la tendance du virus à une localisation en même temps diffuse et parcellaire rend difficile l'appréciation des rapports qui unissent tel symptôme et telle localisation anatomique.

Tout ceci n'est qu'hypothèse. **En pratique, il est nécessaire de se souvenir que les mouvements involontaires, tels qu'on les observe dans les séquelles d'encéphalite, servent rarement de modèle au pithiatique**, à moins qu'on ne mette les sujets dans des conditions propres à faire surgir une épidémie imitative, comme c'était autrefois le cas pour la chorée : on n'a pas la preuve que l'Ecole roumaine se soit toujours préservée de ce risque.

L'Enurésie pithiatique. — Il faut la soupçonner lorsqu'un enfant qui a été propre devient à nouveau énurétique. Elle ne saurait être affirmée qu'après élimination des causes locales et l'épreuve du traitement. Elle est souvent en rapport avec un conflit affectif profond et ne cède qu'à la psychanalyse.

Nous signalerons que le simple repos au lit, continu, se montre fréquemment efficace sur des énurésies qui n'ont rien de psychogène. Certains enfants qui urinaient chaque nuit chez eux restaient propres à l'hôpital, où ils restaient couchés, et ceci durant parfois plusieurs semaines. A peine rentrés chez eux, tout recommençait. Il ne faut donc pas conclure à la nature psychogène d'une énurésie du fait qu'elle a disparu par l'isolement hospitalier. Car un malade isolé à l'hôpital reste couché. Il faut attendre le retour dans le milieu familial pour juger de la valeur de cette guérison.

Il ne faut pas confondre l'énurésie pithiatique avec l'urination nocturne volontaire : réaction de certains débiles ou pervers contre leur milieu.

Les Attitudes vicieuses. — Certaines attitudes vicieuses ne sont, chez l'enfant, que des réactions antalgiques ; elles ne sont nullement pithiatiques, mais il est fréquent qu'elles ne s'accompagnent d'aucun signe physique, et l'enfant qui les présente risque de passer à tort pour un pithiatique. D'autre part, ces douleurs réelles sont assez souvent le point de départ d'une exagération ou d'une persévération qui, elles, sont pithiatiques ; l'« épreuve du lit » est importante dans ces cas : le repos au lit absolu calme progressivement la douleur et l'attitude vicieuse doit disparaître : si elle n'a pas disparu au bout de trois semaines, il s'agit de pithiatisme ou... d'une ostéo-arthrite tuberculeuse dont la surveillance radiologique décèlera l'apparition progressive des lésions.

La disparition de l'attitude vicieuse sous anesthésie générale s'observe aussi bien dans l'attitude antalgique que dans le pithiatisme et ne peut donc servir à leur discrimination.

Ce que nous venons de dire des attitudes vicieuses s'applique également à la **claudication**.

Anorexie mentale et Maladie de Simmonds. — Nous avons souvent entendu dire à notre Maître HEUYER que toutes les soi-disant maladies de Simmonds qu'il avait eu l'occasion d'examiner étaient en réalité des anorexies mentales. Notre Maître N. FIESSINGER a également attiré l'attention sur les faux syndromes hypophysaires par cachexie restrictive.

Tout récemment, Jacques DECOURT a publié avec ses collaborateurs une étude biologique complète de trois cas d'anorexie mentale. Notre opinion est conforme à leurs conclusions : « *Nombre de faits étiquetés aujourd'hui cachexie hypophysaire ou maladie de Simmonds ne sont que des anorexies mentales méconnues. Il en résulte, dans la pratique, de graves erreurs de thérapeutique. Les deux syndromes sont à peu près superposables, du double point de vue clinique et biologique. La dénutrition réalise la plupart des syndromes biologiques considérés comme caractéristiques de la cachexie hypophysaire, notamment : l'abaissement considérable du métabolisme basal, l'hypoglycémie, la sensibilité exagérée à l'insuline, les troubles du transit de l'eau, l'augmentation paradoxale des lipides et du cholestérol sanguin, les troubles de la sécrétion gastrique... etc. Les dosages d'hormones, l'épreuve d'Aron ne semblent pas fournir d'éléments différentiels certains. En l'absence de signes neurologiques ou radiologiques de localisation hypophysaire, il est donc très imprudent de rejeter le diagnostic d'anorexie mentale pour adopter celui de cachexie hypophysaire, et l'isolement sous une direction psychiatrique compétente s'impose formellement. Dans la règle, la simple reprise de l'alimentation sans aucune opothérapie suffit à amener la guérison.* » (1)

Nous ne pouvons suivre ces auteurs dans la dernière partie de leurs conclusions quand ils disent que, « *loin de s'opposer, la cachexie hypophysaire et l'anorexie mentale présentent sans doute des rapports pathogéniques* ». (2) Sans doute, on peut voir, là comme ailleurs, une intrication des accidents pithiatique et organique, mais il y a au point de vue pathogénique une différence formelle : d'un côté, mécanisme psychogène ; de l'autre, insuffisance hormonale. L'anorexie pithiatique n'est pas, du reste, la seule forme d'anorexie mentale, comme nous le verrons plus loin.

Accident pithiatique et Psychoses. — On peut observer des accidents pithiatiques au début et au cours de l'évolution des psychoses, en particulier la **manie**, la **mélancolie** et la **schizophrénie** : le fait n'est pas pour étonner, car on rencontre dans ces psychoses les anomalies intellectuelles imaginatives, affectives ou volitives qui peuvent réaliser les conditions de terrain propices à l'éclosion de l'accident pithiatique : il y a là une intrication entre des phénomènes d'ordres différents.

(1) Jacques DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN, A. BRAULT et F. VERLIAC. — *Etude biologique de 3 cas d'anorexie mentale.* (Société d'endocrinologie, 24 juin 1943, analyse de la Presse Médicale du 4 septembre 1943.)

(2) *Idem.*

L'accident pithiatique apparaît comme un épiphénomène encadré par les autres éléments du syndrome psychosique. Il garde ses mêmes caractères évolutifs, guérit simplement, mais récidive tant que persiste la maladie psychiatrique. C'est l'état mental du psychosé qui règle le pronostic et non l'accident pithiatique, qui devient quantité négligeable. On peut rencontrer, parmi les manifestations de ces psychoses, des symptômes dont l'aspect et l'évolution présentent une certaine analogie avec l'accident pithiatique mais qui sont cependant d'une signification différente.

C'est surtout dans la **schizophrénie** qu'on les observe : la contracture localisée du syndrome catatonique et une contracture pithiatique peuvent être à première vue comparables, et la contre-suggestion a pu se montrer efficace sur la première. Mais BARUK a montré au Congrès de Bruxelles que l'étude expérimentale donnait des résultats différents dans les deux cas, que la contracture hystérique ne se différenciait pas expérimentalement de la contraction volontaire, tandis que la contracture du catatonique exigeait une participation d'un facteur neurologique.

L'anorexie mentale, le mutisme du schizophrène peuvent être ou des manifestations de négativisme, ou des manifestations pithiatiques. Psychogène dans les deux cas, le mécanisme est différent.

Dans la **mélancolie**, l'anorexie mentale est rarement pithiatique et constitue un essai d'auto-destruction.

Les difficultés diagnostiques qu'on peut rencontrer en pratique viennent du fait que les psychoses peuvent être pauci-symptomatiques, et que l'une des manifestations précédentes peut dominer ou résumer le tableau clinique : en particulier, le mutisme, l'anorexie mentale peuvent inaugurer une schizophrénie et en constituer, pour un temps, les seules manifestations : ce qu'il importe de préciser alors, ce n'est pas le mécanisme de l'accident en soi, pithiatisme ou négativisme, mais de reconnaître à temps la psychose qu'il vient annoncer. Aussi, faut-il se méfier du mutisme ou de l'anorexie mentale survenant aux approches de la puberté, réserver le pronostic, même après disparition de l'accident, revoir périodiquement ces sujets en recherchant soigneusement chez eux l'affaiblissement affectif, l'affaiblissement intellectuel à forme de dissociation, l'affaiblissement pragmatique, qui marqueront le progrès de la schizophrénie qu'on traitera en conséquence. Dans le pithiatisme pur il n'y a jamais affaiblissement affectif ni affaiblissement intellectuel.

Il est possible que certaines anorexies mentales aient été étiquetées à tort « pithiatiques » alors qu'elles n'étaient que la manifestation d'une mélancolie fruste. Il y aurait un grave danger à cette méconnaissance : si l'anorexie mentale du mélancolique constitue une tentative d'auto-destruction, on doit craindre immédiatement que le mélancolique ne lui adjoigne une autre tentative plus directe, et l'on doit joindre à l'isolement une surveillance de tous les instants. Au rebours de la schizophrénie, on peut reconnaître la mélancolie dès le début sur

des nuances cliniques : le mélancolique est inquiet : le pithiatique ne l'est pas ; le mélancolique ne s'estime pas malade : le pithiatique reconnaît la réalité de son symptôme.

L'éventualité d'une mélancolie fruste est fort peu probable chez l'enfant (1), cette affection débutant dans la règle à un âge plus tardif.

L'essentiel à retenir de cette partie de notre exposé, c'est que l'accident pithiatique peut constituer un épiphénomène au cours de l'évolution de certaines psychoses, et qu'il faut se garder de méconnaître le début d'une schizophrénie inaugurée, aux approches de la puberté, par un mutisme ou une anorexie mentale qui ont pu disparaître par contre-suggestion ou isolement.

Pithiatisme et Simulation. — « *Il est impossible de distinguer objectivement ces deux ordres de faits les uns des autres, ce qui se comprend d'ailleurs aisément, car ils sont produits par le même mécanisme et leur différence réside seulement dans les états d'âme de ceux qui mettent ce mécanisme en jeu : le simulateur a conscience de la nature de ses plaintes et de ses actes, tandis que le suggestionné en est inconscient, ou plutôt subconscient.* » (B-INSKI.)

Nous avons vu que l'hétéro-suggestion n'était pas responsable de tous les faits cliniques de pithiatisme, et qu'on trouvait fréquemment à l'origine de ces faits un mobile d'intérêt. Mais, « l'état d'âme » des sujets observés ne permet pas de les assimiler à des simulateurs vulgaires : poussé par une vanité morbide, une tendance hypertrophiée ou déviée, apeuré par les sentiments violents nés d'un conflit affectif, ou berné par sa faconde imaginative, le pithiatique n'a pas la pleine connaissance ni l'entier consentement du simulateur, mais la transition se fait insensiblement entre les deux ordres de faits.

Il faut se souvenir que le signe physique ne peut être réalisé par le mécanisme psychogène de l'accident pithiatique. Cette règle permet l'utilisation d'un procédé pour dépister le simulateur : « *Nous conseillons ce piège, qui met en jeu une dissociation psychologique et trop technique pour le simulateur : le médecin s'étonne que la jambe paralysée ne soit pas rouge ou œdémateuse, ou couverte de phlyctènes. Et si, le lendemain, la rougeur, l'œdème ou les phlyctènes ont apparu, on peut être sûr que le sujet n'est pas un hystérique, ou du moins n'est pas seulement un hystérique. Malheureusement, la réciproque n'est pas vraie ; tant que le malade se tient sur le terrain de l'hystérie, on peut avoir des présomptions morales sérieuses de sa sincérité, mais nulle certitude objective. L'hystérie la plus authentique reste toujours impossible à distinguer d'une bonne simulation.* » (LOGRE.)

(1) La mélancolie peut cependant s'observer chez l'enfant.

« *En présence d'un malade atteint d'aérophagie, d'anorexie, de mutisme, bien avisé est celui qui pourrait dans tous les cas distinguer la simulation inconsciente qu'est l'hystérie, de la simulation volontaire, faite dans le but de mystifier, de surprendre ou d'apitoyer entourage et médecins.* » (V. HUTINEL et BABONNEIX.)

Par ces diverses citations nous pensons avoir donné l'idée de la difficulté du diagnostic entre pithiatisme et simulation.

On a, pour reconnaître la simulation : l'aveu, le flagrant délit, le piège. Si chacun de ces procédés reste muet, rien ne permet le diagnostic différentiel.

Pendant un accident d'aspect pithiatique qui résiste à l'isolement et à la psychanalyse a toutes les chances d'être une simulation... ou une schizophrénie qui débute. C'est là une nouvelle raison de se montrer prudent avant de formuler un pronostic lors du premier examen, et de conseiller la mise en observation. L'ingéniosité, l'habileté, la ténacité de l'enfant simulateur peuvent être extraordinaires (1) et le médecin se doit de ne pas croire à la « candeur naïve » du petit de l'homme s'il veut ne pas être mystifié. On constate, chez beaucoup d'auteurs de ces supercheries, des anomalies psychiques, une hérédité chargée ; il n'y a pas de raison de leur refuser les circonstances atténuantes que l'on accorde au pithiatique sous le prétexte que l'accident y est d'un modèle différent. Le pronostic est basé sur le psychisme du simulateur qui commande la durée de la simulation et les récidives et qui peut nécessiter le placement dans un établissement spécialisé.

(1) Cf. Thèse de DUFESTEL.

TRAITEMENT

L'isolement nous semble le meilleur mode de traitement de l'accident pithiatique chez l'enfant. Son efficacité est subordonnée à certaines règles impératives :

Il doit être **strict** : séparation absolue du milieu familial ; claustration rigoureuse, **sans lettre ni visite**, dans une chambre fermée, de préférence en maison de santé ou à l'hôpital.

Le personnel infirmier adoptera une attitude apparemment indifférente, ni réprobative ni compatissante ; sobre de paroles, il les limitera au strict nécessaire pour les soins, donnant au malade l'impression qu'on le soigne, sans plus.

Le malade doit ignorer la durée probable de son isolement et être convaincu que celui-ci sera poursuivi jusqu'à guérison et repris en cas de récédive.

Les seuls cas de pithiatisme qui résistent à un isolement ainsi pratiqué sont ceux où il existe à l'origine un conflit affectif profond. C'est alors l'heure du psychanalyste. Ce n'est pas à nous, qui ne l'avons jamais pratiqué personnellement, de leur apprendre leur art. Il est indispensable que le psychanalyste ait des connaissances médicales suffisantes. L'expérience nous a montré qu'il était préférable que le psychanalyste fût du même sexe que le malade. Le manquement à cette règle, vis-à-vis des garçons surtout, peut avoir des inconvénients si l'on tient compte qu'il s'agit souvent d'imaginatifs, de préoccupés sexuels, et qu'il est nécessaire d'obtenir du malade et de lui fournir, au cours de la psychanalyse, des renseignements sur l'activité génitale en général et la sienne en particulier.

Maniée par des gens habiles, intuitifs et prudents, qui se contentent de guérir, sans chercher à tout éclaircir, la psychanalyse donne, dans les cas de son ressort, de brillants résultats et libère du même coup le pithiatique de son symptôme et de son conflit affectif.

L'indication de la psychanalyse est la suspicion du conflit affectif qu'apportent le contexte clinique ou la résistance à l'isolement.

Chez le mythomane constitutionnel, chez le sujet simplement suggestionné, la psychanalyse est inutile et ne va pas sans inconvénient ; car le mythomane peut trouver dans l'intérêt qu'on lui porte un motif de persévérer, et les explications du psychanalyste peuvent constituer pour le sujet suggestible autant de formes de la suggestion. Ces inconvénients ont été vérifiés. Il est inutile de les risquer dans des cas qui guérissent facilement par l'isolement. La psychanalyse reste indiquée dans la mythomanie d'apparition récente, qui peut avoir une origine affective et s'associe souvent à d'autres troubles du caractère.

La contre-suggestion simple est inefficace dans les cas qui ne relèvent que du psychanalyste ; dans les autres cas, elle nous a quelquefois

donné le plaisir du thaumaturge ; c'est un plaisir qu'on peut chercher à s'offrir, mais pas en présence des parents, car on y risque sa réputation. Qu'il s'agisse de défaut d'habileté, ou de la malchance de tomber sur le mauvais cas ou au mauvais moment, les échecs sont possibles, et nous en avons eus. Aidée d'un geste médicamenteux ou physiothérapique, la contre-suggestion apparaît à la famille déguisée, et permet, en cas d'échec, de ne pas perdre la face.

Il nous paraît préférable d'éviter **la contre-suggestion « armée »**, c'est-à-dire l'adjonction d'un procédé quelconque douloureux. Lorsqu'on la pratique, c'est évidemment dans un but thérapeutique et non punitif, espérant que, à l'avenir, l'association de l'élément douloureux et de l'accident pithiatique s'imposera à l'esprit du sujet et évitera la récidive (1). Il est exact qu'ainsi comprise, l'« armature » de la contre-suggestion sera efficace dans les cas de pithiatisme voisin de la simulation. Nous l'avons pratiquée quelquefois ; nous préférons en principe l'éviter. Nous avons déjà dit, touchant les conflits affectifs, qu'on pouvait se méprendre sur le mobile réel de l'accident pithiatique et méconnaître un conflit profond, abusé par l'existence d'un motif futile tout de suite invoqué : la souffrance inutile infligée à un enfant qui souffre moralement est le moindre inconvénient ; plus grave est la gêne que risque d'apporter à l'action du psychanalyste une thérapeutique intempestive.

Il ne faut pas oublier non plus qu'une erreur diagnostique est possible, qu'on peut prendre pour du pithiatisme ce qui n'est en réalité que le signe fonctionnel de l'affection d'un organe. Il nous paraît plus sage d'attendre le résultat de l'isolement et de la mise en observation qu'il permet, plutôt que de risquer, par la recherche d'un résultat rapide et brillant, d'infliger une douleur à un sujet qui n'en tirera point de bénéfice.

Les mêmes raisons nous font proscrire l'**invigoration**, sauf pour mettre fin à une « crise nerveuse » pithiatique.

La méthode dite « **de la surprise violente** » consiste à s'efforcer d'obtenir par surprise une disparition ou au moins une atténuation transitoire du symptôme : elle convient surtout aux paralysies, contractures, attitudes vicieuses et mutisme. Si elle réussit, le résultat est immédiat. Si elle échoue, il est inutile de la recommencer ; elle ne réussira pas mieux la fois d'après.

BARUK propose comme méthode thérapeutique **le sommeil provoqué** par le scopochloralose (2) : il utilise trois doses chez l'adulte :

Chloralose	0 g. 25	0 g. 50	0 g. 75
Bromhydrate de scopolamine .	1/4 millig.	1/2 millig.	3/4 millig.

Il est bon de tâter la susceptibilité du sujet par l'emploi de la plus petite dose.

Le résultat est proportionnel au sommeil ; on peut profiter du demi-sommeil des phases d'endormissement et de réveil pour pratiquer la suggestion.

(1) A ce propos, VAN BOGAERT dit qu'il a rarement revu des malades « torpillés ».

(2) Rapport au Congrès de Bruxelles, p. 124.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'utiliser cette méthode, qui peut être utile dans certains cas particuliers.

Il convient de traiter ensuite les causes de l'accident pithiatique : milieu, terrain, de façon à éviter la récurrence. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit dans le détail.

Le milieu doit être averti du comportement à adopter vis-à-vis de l'enfant. S'il est incompréhensif ou trop néfaste, il faut s'efforcer d'en séparer ce dernier.

Par la psychothérapie, une éducation adaptée, au besoin dans un internat simple ou spécialisé, on s'efforcera de corriger les imperfections du psychisme. On y arrivera dans la plupart des cas courants ; par contre, le mythomane caractérisé, le débile suggestible seront peu améliorés.

On s'aidera de toute thérapeutique médicamenteuse ou physiothérapique, susceptible d'améliorer les conditions somatiques du fonctionnement psychique : le traitement endocrinien, les modificateurs du système neuro-végétatif, les sédatifs, les toniques... etc., trouveront leurs indications dans les résultats de l'examen.

PRÉVENTION DE L'ACCIDENT PITHIATIQUE

Il n'est pas difficile d'en énoncer les moyens : éducation normale, comportement parental normal. Il est plus difficile d'en obtenir l'application : c'est souvent le milieu lui-même qu'il faudrait réformer, et cette tâche n'est guère à la portée du médecin. Il est cependant des milieux compréhensifs qui commettent certaines fautes sans se rendre compte de leur portée et qui se montreraient accessibles aux conseils :

Il ne faut pas transgresser les règles d'une éducation normale chez un enfant sujet à de fréquentes indispositions, ou pendant une maladie de longue durée, sous le prétexte que sa maladie lui donne droit à plus d'indulgence ou plus de sollicitude ; tous les auteurs ont signalé le rôle occasionnel d'une maladie dans l'éclosion de l'accident pithiatique : le « Il est malade, il ne faut pas le contrarier » désigne la faute d'éducation à éviter. On peut en dire autant de l'enfant coléreux : certains parents se figurent qu'un enfant coléreux est un enfant « nerveux » qu'il ne faut pas corriger. Que la tendance coléreuse soit prédominante chez certains enfants, raison de plus pour lutter contre. La colère est la première arme de l'enfant pour obtenir ce qu'il veut. Il doit être rapidement désabusé sur l'efficacité d'une telle arme, sinon elle deviendra crise de nerfs, puis « crise nerveuse ».

Il est important de faciliter à l'enfant l'acceptation de son âge, et, très tôt, celle de son sexe. Certaines mères, dépitées de ne pas avoir la fille ou le garçon qu'elles souhaitaient, ou désolées de voir l'enfant grandir et quitter « l'âge où l'on est si gentil » cherchent, par l'habillement, les jouets, la société, leur comportement, l'appellation en particulier, à se créer l'illusion que l'enfant qu'elles ont est celui qu'elles souhaitent : il peut y avoir dans cette attitude la source d'un conflit affectif.

De même, les parents ne doivent pas prolonger par leur comportement le complexe d'Œdipe, qui doit se liquider normalement vers l'âge de 7 ans : en particulier, il faut empêcher les enfants de venir dans le lit des parents.

L'éducation sexuelle devrait être faite de façon plus rationnelle, au lieu d'être confiée au hasard d'une conversation, d'une lecture, d'un spectacle, voire d'une initiation à la masturbation. Les questions de l'enfant renseignent sur le moment opportun de préciser certains points ; il faut éviter d'éluder la réponse, et surtout de la faire fantaisiste.

La promiscuité de la chambre commune est déplorable. Elle n'est pas toujours due aux conditions sociales ; les parents doivent être mis en garde contre l'esprit d'observation des jeunes enfants, qui surprennent des rapports conjugaux beaucoup plus qu'on ne le soupçonne.

Il faut éviter les questions et les menaces maladroitement au sujet de la masturbation.

Il faut proscrire toute lecture, tout spectacle susceptible de trop exalter l'imagination de l'enfant, de faire naître l'effroi, ou de créer chez lui des préoccupations qui ne sont pas de son âge.

Certains parents, bien intentionnés, proscrivent les châtiments corporels, mais les remplacent, croyant bien faire, par des châtiments affectifs qui, si l'on n'y met beaucoup de précaution, risquent d'être beaucoup plus nocifs pour l'affectivité de l'enfant qu'une gifle donnée de sang-froid et à bon escient. Chez un enfant sensible, les « Tu as fait beaucoup de peine à maman »... « Je ne t'aime plus depuis que tu es méchant » peuvent faire naître le désespoir ou un intense sentiment de culpabilité.

Chez les enfants élevés religieusement, les notions de péché et de châtimement divin devraient être précisées avec beaucoup de tact, car elles risquent de faire naître un complexe de crainte ou de culpabilité.

Ce que nous pourrions ajouter à ce chapitre fait l'objet des manuels d'éducation, et aurait trait, surtout, à la **formation du caractère**.

Si le médecin reste persuadé de l'influence de l'imagination et de la vanité morbides, des conflits affectifs et de la suggestion du pathologique dans l'étiologie des accidents pithiatiques chez l'enfant, il saura trouver lui-même, dans chaque cas particulier, le conseil utile à donner aux parents. Nous avons essayé, pour l'aider dans ce rôle, de préciser les formes différentes que pouvait prendre chacun de ces facteurs étiologiques et d'en souligner l'importance.

CONCLUSIONS

Chez l'enfant :

1° Les accidents pithiatiques, sans être fréquents, ne sont pas exceptionnels, surtout à partir de la dixième année.

2° Les aspects cliniques qu'ils offrent à considérer restent, presque toujours, dans les limites de ce que pourrait reproduire la volonté commune s'employant avec obstination et concentration. La volonté ne peut reproduire directement un signe physique.

3° Les accidents pithiatiques d'observation courante se limitent à un cercle restreint. Les « crises nerveuses » constituent le type le plus habituel.

4° Si l'accident pithiatique peut, à priori, prendre le masque de n'importe quel symptôme réalisable par la volonté, il prend exceptionnellement celui de la crise convulsive localisée, du petit mal comitial, des tics, et des mouvements anormaux tels qu'on peut les observer chez les post-encéphaliques.

5° Le symptôme copié porte les marques d'une documentation insuffisante : il est toujours atypique, parfois fantaisiste ; mais l'aspect bizarre, « hystéroïde », d'un symptôme ne suffit pas à affirmer sa nature pithiatique.

6° L'apparition de l'accident pithiatique nécessite un terrain spécial ; les particularités du psychisme infantile ne réalisent pas les conditions de terrain suffisantes dans les circonstances habituelles ; cependant l'épidémie imitative constitue un risque, dans toute collectivité d'enfants qui comporte un sujet présentant des mouvements anormaux. Ce risque nécessite l'éviction ou l'isolement du malade.

7° L'expérience montre que, sans être des psychosés, les sujets qui présentent des accidents pithiatiques ne possèdent pas un psychisme normal ; mais ces anomalies sont trop complexes et trop variables pour qu'on puisse définir le « psychisme du pithiatique ».

L'anomalie de l'affectivité est retrouvée de façon presque constante ; il ne s'agit ni de perversion, ni d'une insuffisance affective, mais au contraire d'une « hyper-affectivité » : exacerbation ou déviation de certaines tendances, âpreté des désirs, sensibilité exagérée à leur non-satisfaction. La mythomanie, la simple exaltation imaginative, la suggestibilité anormale ne s'observent que de façon contingente. L'hérédité et le milieu sont les responsables de ces anomalies ; et l'on peut dire que, dans la règle, **un enfant de souche normale, recevant une éducation normale et vivant dans un milieu normal ne présentera pas d'accident pithiatique.**

8° Si le pithiatique n'est pas, d'ordinaire, un psychosé, on peut rencontrer, à titre d'épiphénomène, un accident pithiatique au cours de l'évolution de certaines psychoses. Il s'agit là d'un fait d'intrication.

9° De même, il peut y avoir intrication organique et pithiatique : c'est loin d'être rare et l'enfant pithiatique n'est souvent qu'un persévérateur ou un exagérateur. A ce point de vue, il faut retenir la fréquente association d'une douleur réelle aux claudications et attitudes vicieuses pithiatiques.

10° Mais, dans l'accident pithiatique pur il n'y a aucune défection, ni lésionnelle, ni fonctionnelle de l'organe dont il simule l'atteinte ; c'est pourquoi il n'existe aucun signe physique concomitant de cette atteinte.

11° On ne saurait considérer comme l'indice d'une intrication organique les signes physiques qui sont la conséquence de l'accident pithiatique et surviennent secondairement. C'est le cas en particulier des méfaits de la restriction alimentaire dans l'anorexie mentale.

12° L'accident pithiatique nécessite, outre un terrain spécial, une cause occasionnelle : cette cause peut être l'hétéro-suggestion, rarement l'émotion, mais surtout **l'intérêt** : l'intérêt, c'est la satisfaction d'une tendance anormale et violente qui s'exprime par un désir impérieux, ou la solution d'un conflit affectif. La recherche de ces fins par le truchement de la maladie est alors la raison d'être de l'accident pithiatique.

13° L'accident pithiatique guérit d'ordinaire simplement et rapidement par **l'isolement**. C'est par ce procédé que doit débiter le traitement. En cas d'insuccès, il faut confier le sujet à un psychanalyste compétent.

14° La récurrence est exceptionnelle, sauf chez le mythomane caractérisé et le débile suggestible, où elle est au contraire la règle. Le risque de récurrence est fonction du psychisme du sujet, qu'on cherchera à modifier, et du milieu, qui devra adopter un comportement adéquat. La séparation d'un milieu incompréhensif ou trop néfaste est nécessaire, mais sera difficile à obtenir.

15° En définitive, l'accident pithiatique ne constitue ni une maladie, ni une affection, mais un signe : le signe d'anomalies psychiques qui ne sont pas univoques : ce signe est caractérisé par la copie d'un symptôme fonctionnel d'une maladie ou d'une affection inexistantes, réalisée à l'occasion d'un événement fortuit. Cette copie n'est pas autre chose qu'une attitude somatique particulière, déterminée dans son existence et son mode par un état d'esprit du sujet : la croyance à l'existence ou à la nécessité du symptôme. Elle disparaît en même temps que cesse cet état d'esprit. Elle est réalisée de façon plus ou moins consciente, plus ou moins volontaire : c'est pourquoi le pithiatique diffère du simulateur vulgaire ; mais elle correspond fréquemment à une **fin utilitaire**, et l'enfant qui présente un accident pithiatique n'est souvent qu'un **simulateur « sans pleine connaissance et sans entier consentement »**.

BIBLIOGRAPHIE

Étant donné qu'aucun travail d'ensemble sur l'hystérie de l'enfant n'a été publié depuis fort longtemps, nous avons pensé que l'établissement d'une bibliographie détaillée pourrait rendre service.

C'est pourquoi nous nous sommes efforcé de dresser la nomenclature complète des ouvrages et publications ayant directement trait à notre sujet, parus depuis 1902 (année qui suit la définition de l'accident pithiatique) jusqu'à 1940 exclusivement. Les circonstances ne nous ont pas permis d'avoir connaissance de tous les travaux postérieurs à cette date.

Nous indiquons, d'autre part, les ouvrages qui nous ont été utiles pour la rédaction de cette thèse.

Les abréviations sont conformes à la notation internationale de l'« *Index medicus* ».

ABRAMI. — Les troubles fonctionnels en pathologie (*Presse médicale*, n° 17, 1936).
ABRIL (A.-M.). — La histeria infantil (*Arch. de Med.*, Juillet-Septembre 1936, v, 247-261).

ABT (I.-A.). — Hysteria in children (*Med. Clin. Chicago*, 1915, 1, 477-487).

ALARY (A.). — Considérations sur l'hystérie infantile (Toulouse 1909).
Archives de Neurologie de Bucarest, 1938, 1. — Numéro consacré à l'Hystérie.

ARMAND-DELILLE (P.) et CAMUS (J.). — Contracture fonctionnelle ayant simulé une contracture d'origine potlique, existant depuis cinq mois chez une fillette de 14 ans, guérie en 48 heures par l'isolement (*Bull. de la Soc. de pédiat. de Par.*, 1903, v, 42-46).

ARSIMOLES (L.). — Hystérie infantile avec hallucinations (*Bull. méd.*, Par., 1906, xx, 268-270).

BAN (I.). — L'Hystérie dans l'enfance (*Gyermenkorvos*, Budapest, 1908, vi, 37-39).

BABINSKI. — Œuvres scientifiques.

BARCAGLIA (A.). — Considerazioni su di un caso di isterismo infantile (*Pediatria*, Mars 1938, XLVI).

BARTLEY (E.-H.). — Some observations on hysteria in children (*Pediatrics N.Y.*, 1909, xxi, 392-399).

BARUK (H.). — Les crises nerveuses de la seconde enfance (*J. belge de neurol. et de psychiat.*, Fevr. 1933, xxxiii).

BAUMEL (L.). — Contribution à l'étude pathogénique de l'hystérie et de l'épilepsie à propos de deux fillettes de 14 et 15 ans. (*Rev. gén. de clin. et de therap.*, Par., 1910, xxiv, 477).

BECK (K.). — Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern. (*Monatschr. f. Kinderh.*, Leipz. et Wien, 1905, iii, 565-570).

BECKER (J.). — Hystérie chez un enfant âgé de 3 ans (*Ztschr. f. Kinderh.*, 1924, xxxviii, 402).

BERNADOU. — La Psycho-motricité pathologique (Thèse, Paris, 1922).

BÉZY (P.). — L'hystérie avant l'âge de 2 ans (*Arch. méd. de Toulouse*, 1903, ix, 521-527).

BEZY (P.) et BIBENT (V.). — L'hystérie infantile et juvénile (Vigot frères, édit.).

BIDON (H.). — Un cas remarquable d'anesthésie hystérique (*Pediatric prat.*, Lille, 1906, iv, 253-259).

BINET. — La suggestibilité (Alcan, édit.).

- BLOCH (C.-E.). — Demonstration af en Patient med. infantil. Hysteri. (*Ugesk. f. Læger*, Kjøbenhavn., 1913, LXXV, 1277-1279).
- BOLTEN (H.). — Hysterie by Kinderen. — (*Nederlansch. Tijdschr. v. Geneesk.*, 27 sept. et 27 déc. 1919).
- BOUDET (G.), BALMES (J.), BARNAY (J.), JEANJEAN, Mlle BOUGAREL. — Syndrome de tumeur cérébrale chez une enfant de 13 ans. Discussion du pithiatisme. (*Bull. Soc. de Pédiat.*, Paris, 1940, XXXVII, 486-489).
- BOUSQUET et GAUJOUX. — Association hystéro-organique chez l'enfant (*Ann. de méd. et chir. inf.*, Par., 1907, XI, 37-45).
- BRAMWELL (B.). — Hysterical mutism in a boy aged fifteen; etc. (*Clin. Stud.*, Edimb., 1906-1907, V, 149).
- BROCA. — Quelques aspects chirurgicaux de l'hystérie infantile (*Pédiatrie prat.*, Lille 1905, III, 13-23).
- BROCA (A.) et HERBINET. — Attitudes vicieuses par contracture hystérique chez les enfants (*N. iconog. de la Salpêtrière*, Par., 1905, XVIII, 443-470).
- BRUNS (L.). — Die Hysterie im Kindesalter. 2. vielfach veränderte Aufl. Halle a. S., 1906, C. Marhold —
et — (*Jahrb. f. Kinderh.*, Berl., 1903, LVIII, 895-924).
- Bulletin Médical*, 1923, XIV. — Numéro consacré à l'Hystérie.
- BURNET (J.-F.). — Contribution à l'étude de l'hystérie infantile, son existence au-dessous de l'âge de 5 ans (Thèse, Paris 1890-1891).
- BUSCAÏNO (V.-M.). — L'Hystérie au point de vue biologique (*Arch. de neurologie*, 1938, II, 147-155).
- CAMERON (H.-C.). — Hysteria in the nursery and in warfare — a comparison and a contrast. (*Arch. Pediat.*, N. Y., mars 1921, XXXVIII, 193-200).
- CAMPANA (Mlle). — Hystérie infantile (*J. de méd. de Bordeaux*, 1904, XXIV, 886-888).
- CAMUS (J.) et PAGNIEZ (P.). — Isolement et Psychothérapie (Alcan, édit.).
- CARBONARA G. — Sopra alcuni casi di isterismo infantile. (*Clin. pediat. Modena*, 1926, VIII, 417-435).
- CARDELLE Y PENICHET (B.) et MUNIZ-ANGULO (L.). — Una histeria infantil curada por el psicoanálisis (*Rev. med. cubana*, nov. 1936, XLVII).
- CARRÈRE (G.). — Sur un cas de paramyoclonus multiplex et de lordo-scoliose hystériques chez un enfant (*Nord Méd.*, Lille, 1902, IX, 97-100).
- Sur les vomissements hystériques chez l'enfant (*Nord Méd.*, Lille, 1905, XI, 37-45).
- CARRIÈRE et DANCOURT (K.). — Sur les vomissements hystériques chez l'enfant (*Nord Méd.*, Lille, 1902, VIII, 49-55).
- CARRIÈRE (G.) et SONNEVILLE (F.-D.). — La chorée arythmique hystérique de l'enfance, (*Arch. gén. de Méd.*, Par., 1901, n. s., VI, 257-299).
- CAVENGT (S.). — Varios casos de histerismo infantil (*Pediatría españ.*, 1922, XI, 66-79).
- CENAC. — L'Hystérie en 1935 (*Evolution psychiat.*, 1935, IV).
- CHAPMAN (C.-W.). — Notes on a case of hysteria in a girl ten and a half years of age. (*Rep. Soc. Study Dis. Child.*, Lond., 1905, V, 193-197).
- CHEVALLIER (P.). — Les ecchymoses dites hystériques (*Sem. des Hop. de Paris*, 15 déc. 1940).
- CLAUDE (H.). — Définition et nature de l'Hystérie (Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Genève et Lausanne, Août 1907).
- Rapports de l'Hystérie et de la Schizophrénie (*Ann. méd.-psychol.*, juin 1937, XCV, 1-14).
- CLAUDE (H.), DREYFUS-SÉE (G.), LAGACHE et ROUART. — Dysphasie pithiatique d'un type spécial chez une fille de 14 ans (*Ann. Méd. Psychol.*, juillet 1935, XCVI, 234-240).

- COLLIN (A.). — Hypotonie et hystérie infantile (*Rev. neurol.*, Par., 1914, xxii, 738).
- COMBY (J.). — Anorexie infantile et juvénile (*Presse Médicale*, 12 mars 1927).
- Fièvre hystérique chez l'enfant (*Arch. Méd. d. enf.*, Paris, 1906, ix, 354-359).
- Fièvre hystérique chez une fille de 13 ans (*Bull. et mém. Soc. méd. d'Hop. de Par.*, Mai 1921, xlv, 607).
- *Traité des Maladies de l'Enfance* (Vigot 1928).
- Congrès (Premier) international de Psychiatrie infantile, 1937. — Les réflexes conditionnels chez l'enfant (Compte rendu, S.I.L.I.C., 41, rue de Metz, Lille).
- Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, xxxix^e Session, Bruxelles 1935 (Compte rendu : Masson, édit.) (1).
- CONOS (B.). — Epilepsie et troubles mentaux hystériques (*Rev. Prat. d. Mal. d. Pays Chauds*, 24 janv. 1928).
- CORLAT (I.-H.). — Some hysterical mechanisms in children. (*J. Abnorm Psychol.* Bost. 1914-1915, ix, 139-152).
- COURBON (P.) et PERRIN (J.). — Ankylose des deux coudes. Séquelle de bouffée d'agitation délirante chez une adolescente hystérique. (*Ann. Med. Psychol.*, (Pt I), Févr. 1939, xcvii, 236-242).
- CRUCHET (R.). — Crises hystériques à forme délirante chez un garçon de 10 ans (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. et de Chirurg. de Bordeaux*, 1922-1923, 171-177).
- Définition de l'hystérie en général et hystérie infantile. (*Prov. méd.*, Par., 1907, xviii, 505-507).
- Diagnostic pratique de l'hystérie [spécialement chez l'enfant] (*Paris méd.*, 1911-1912, II, 257-262).
- Sur les difficultés du diagnostic chez l'enfant entre les crises épileptiques frustes et les petits accès hystériques (*Gaz. hebdom. d. sc. med. de Bordeaux*, 1910, xxxi, 173-175 — et — *Gaz. d. mal. inf.* (etc.), Par., 1910, xii, 49).
- CRUCHET (R.) et QUERCY. — Hystérie juvénile chez un enfant délinquant (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Chir. de Bordeaux*, 1936, 82-89).
- CURSCHMANN (H.). — Zur Symptomatologie und Prognose der Kinderhysterie (*Med. Klin.*, Berl. 1907, iii, 918-921).
- CUVILLIER (A.). — *Manuel de Philosophie* (Colin, édit.).
- DALBIEZ (R.). — La méthode psychanalytique et la Doctrine freudienne (Desclée et de Brower, édit.).
- DE BLOCK (L.). — L'hystérie dans l'enfance (*Méd. et hyg.*, Brux., 1907, v, 232-237).
- DE CASTRO (A.B.). — Hysteria in the young African (*Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1916, i, 15).
- DELAY (J.). — Les ondes cérébrales et la psychologie (*Presses universitaires de France*, édit., 1942).
- DESSECKER (K.T.P.). — Zur Genese hysterischer Anfälle bei einem neunjährigen Knaben (Berlin 1914).
- DIETERLE (R.R.) et KOCH (E.J.). — Experimental induction of infantile behavior in major hysteria (*J. Nerv. and Ment. Dis.*, Déc. 1937, lxxxvi, 688-710).
- DUBNIKOVA (E.L.). — Hysteria simulating organic disease of central nervous system — case in girl 9 years old (*Sovet Klin.*, 1933, xix, 261-265).
- DUFESTEL (L.). — Des maladies simulées chez les enfants (Thèse, Paris 1888).
- DUPRÉ (E.). — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité (Payot, édit.).
- DURING. — Hysterie und Neurasthenie als Erziehungs Krankheit (*Arztlicher Verein, Frankf. a. M.*, 7 déc. 1925).

(1) C'est l'ouvrage le plus important : outre les rapports de Baruk et Van Bogaërt, on y trouvera une abondante bibliographie, et l'exposé des principales théories modernes.

- ENGEL (I.). — Ueber einen seltenen Fall Von Hysterie im Kindesalter (*Ztschr. F. Kinderh.* Berl. 1913, VIII, Orig. 443-551).
- ERCOLANI (P.). — L'isterismo degli adolescenti (*Gazz. d'osp.*, Milano, 1915, XXXVI, 1380-1386).
- ESCHBACH (H.). — Gros ventre pithiatique chez une fille de 14 ans (*Bull. Soc. de Pédiat.*, Paris, janvier 1928, XXVI, 47-49).
- ESTAPÉ (J.-M.). — Complexe d'Œdipe et anorexie mentale chez un enfant de 7 ans (*Rev. sud-am. de méd. et de chir.*, avril 1932, III).
- EULENBURG (A.). — Die Hysterie des Kindes (Berlin, 1905, L. Simion).
- EWALD (C.A.). — Ueber hysterische Autosuggestion der Kinder (*Berl. Klin. Wchnschr.*, 1903, XL, 861-863).
- EY (H.). — L'Hystérie. Revue générale (*Gaz. des Hôp.*, Paris, juin 1935, XLVI, XLVII, XLVIII).
- FAIRBANKS (A.-W.). — A case of hysteria in a boy (*Pediatrics*, N.-Y., 1910, XXII, 756-761).
- FELICINE-GURTWITSCH (L.). — Ueber produktive Tätigkeit bei hysterischer Halluzination (Versuch einer psychologischen Analyse (*Arch. f. Psychiat.*, Berl., 1911, XLVIII, 1098-1112).
- FERNANDEZ SANZ (E.). — Un caso de histerismo infantil precocísimo (*Siglo med.*, Madrid, 1921, LXVII, 981-983).
- Dos casos de histerismo infantil (*La oto-rhino-laryngol. españ.*, Madrid, 1904, VII, 23).
- FIRTH (A.C.D.). — A case of hysterical photophobia in a child (*Hospital*, Lond., 1910-11, XLIX, 107).
- FISCHL (R.). — Ueber Hysterie bei Kinder. (*Prag. Med. Wchnschr.*, 1906, XXXI, 681-694).
- Les vomissements acétonémiques et l'hystérie infantile (*Rev. mens. d. mal. de l'enf.*, Par., 1906, XXIV, 289-296).
- FOULQUIÉ (P.). — Précis de Philosophie (Ecole et Collège, édit.).
- FROMENT (J.). — L'Hystérie après Babinski (*Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1935).
- L'Accident pithiatique et la Physiopathologie dite hystérique (*Rev. neurolog.*, 1937, Tome 67, II).
- FREUD (Anna). — Introduction à la psychanalyse des enfants (*Revue de Psychanalyse*, Tome 4, III et IV).
- FREUD (S.). — Cinq leçons sur la Psychanalyse, Trad. Yves Le Lay (Payot, édit.).
- Introduction à la Psychanalyse, Trad. Jankelevitch (Payot, édit.).
- Essai de Psychanalyse, Trad. Jankelevitch (Payot, édit.).
- FREUND (W.). — Cardiospasmus, vermutlich hysterischer Natur. bei einem 2 jährigen Kinde. (*Monatschr. f. Kinderh.*, Leipz. u. Wien, 1903, II, 15-19).
- FRIEDJUNG (J.-K.). — Die Diastase der Musculi recti abdominis in der Pathologie des Kindes nebst einigen Bemerkungen über die Hysterie des Kindesalters (*Arch. f. Kinderh.*, Stuttg., 1903, XXXVI, 361-369).
- Eine typische Form der Hysterie des Kindesalters und ihre Beziehung zu der Anatomie der Linea alba (*Ztschr. f. Heilk.*, Wien et Leipz., 1904, XXV, 209-259).
- GALLOTTI (A.). — Isterismo in un fanciullo (tumore fantasma timpanico e contrattura a forma quadriplegica (*Osp. magg.*, Milano, 1919, 3s, VII, 227-230).
- GANJOUX et CARRIEU. — Hystérie convulsive chez l'enfant (*Montpellier Méd.*, 1908, XXVII, 403-405).
- GAUDINI (V.). — Un caso di opistotono isterico infantile (*Pediatria*, Napoli, 1903, 2 s., I, 166-171).

- GLORIEUX. — Mutisme hystérique chez un garçon de 10 ans; guérison (*Policlin.*, Brux., 1904, XIII, 533).
- GORDON (A.). — Behavior problem in children based upon study of case of hysterical disability (*M. Times and Long Island M. J.*, LXI, février 1933, 36-37).
- GREGORY (M. S.). — Infantile factors in etiology of hysteria (*Tr. sect. nerv. and ment. Dis. A. M. A.*, 1926, pp. 79, 86).
- GUILLAUME (P.). — L'imitation chez l'enfant (Alcan, édit.).
- GUINCHARD (J.-G.). — Ein Fall von hysterischer Amblyopie im Kindesalter (Kiel, 1905, H. Fiencke).
- HALL (A. J.). — Hysterical mutism in a boy (*Lancet*, Lond., 1916, I, 1039).
- HARTENBERG. — La nouvelle Hystérie (*Presse méd.*, 20 juill. 1938).
- HECHT (D. O.). — Hysteria in children (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1907, XLVIII, 670-676).
- HELLPACH (W.). — Die hysterie und die moderne Schule (*Internat. Arch. f. Schulhyg.*, Leipz., 1905, I, 222-251).
- HESNARD (A.). — L'hystérie, névrose d'expression (*Evol. Psychiat.*, II, 1936).
- HEUYER (G.). — La Psychanalyse (*Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Psychiatrie, Tome I. Maloine, édit.).
- Discussion du rapport de Baruk (Congrès de Bruxelles, 1935),
- A propos de l'hystérie infantile (*Bull. Soc. de Pédiatr. de Paris*, mai 1929, 244-248).
- A propos de l'hystérie infantile (*Arch. de méd. d. Enf.*, novembre 1929, XXXII, 669-671).
- HEUYER et COMBES. — Mutisme psychogène chez un débile mental (Société médico-psychologique, 1941).
- HEUYER et HUREZ. — Le pithiatisme chez l'enfant (*Rev. méd. Franç.*, septembre 1941, p. 195-201).
- HEUYER (G.) et MORGENSTERN (S.). — Un cas de mutisme chez un enfant myopathique, ancien convulsif; guérison du mutisme par la psychanalyse (*Encéphale*, juin 1927, XXII, 478-481).
- HEUYER et Mme ROUDINESCO. — Les troubles de la motricité chez l'enfant normal et anormal (*Arch. de méd. des Enfants*, mai 1936, v).
- HUTCHISON (T.). — A lecture on hysteria in childhood (*Clin. J. Lond.*, 1910, XXXV, 305-312).
- HUTINEL. — L'anorexie mentale (*Rev. gén. de clin. et de therap.*, Par., 1907, XXI, 293).
- Traité des Maladies des Enfants (Asselin et Houzeau, édit., 1909).
- Hystérie et Etats organiques [Enquête sur] (*La Vie médicale*, 25 mai 1938).
- ISHAM (Mary K.). — Hysteroïd fainting in girl of 14 (*Med Woman's J.*, Cincin., 1920, XXVII, 95-97).
- JOHANSSON (J. W. S.). — Un cas d'hystérie chez un enfant (*Ugeskr. f. Læger, Kjøbenh.*, 1917, LXXIX, 1151-1153).
- JORGENSEN (G.). — Et Tilfælde af infantil Histeri (*Ugeskr. f. Læger Kjøbenh.*, 1912, LXXIV, 581-585).
- KUBO (I.). — Aphonia hysterica, über 10 Jahre bestanden (*Oto-rhino-laryng.*, Tokio, 10 déc. 1937).
- KUSHNIR (I. M.). — Case of hysterical hyperthermia in child (*Vrach Delo*, XVI, 1933, 745-746).
- LAMALLE (A.). — Deux cas d'hystérie gastrique chez l'enfant (*Scalpel*, Liège, 1909-1910, LXII, 172).
- LEHRMANN (P. R.). — Conversion hysteria in a child. (*Am. J. Psychiat.*, Balt, 1925, v, 133-144).

- LEREBoullet (P.). — A propos d'un cas d'aboiement chez l'enfant (*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, xli, 12 nov. 1927, 737) —
et — *Gaz. Osp.*, 27 nov. 1927, xlviii, 1137).
- LE RIDANT (J.). — L'hystérie avant l'âge de deux ans (Toulouse, 1903).
- LIÈGE (R.). — Fièvre et maladies simulées dans l'enfance (*L'orientation médic.*, 1939, v).
- Hystérie, Pithiatisme, Mythomanie et Maladies simulées dans l'enfance (Vingt études pratiques de médecine infantile, Doin, édit., et *Arch. Hospit.*, mars 1937).
- LOGRE. — Etat mental des Hystériques (*Traité de path. méd. et de Thérap. appliquée*, Tome I, Maloine, édit.).
- LUCANGELI (G.). — Contrattura isterica in una bambina (*Boll. de Soc. Eustachiana*, Camerino, 1903, I, n° 11 et 12, 42-45).
- MAC COWAN (P. K.). — Hysteria in childhood (*M. Press*, févr. 1938, cxcxvi).
- MAC CREAK. — Hysteria in childhood (*Brit. J. Child. Dis.*, avril-juin 1938, xxxv).
- MACY (Mary S.). — Two cases of hysterical stuttering in children (*Med. Rev. of Rev.*, N. Y., 1914, xx, 251-253).
- MADIN (G.). — L'enfance des Hystériques (Thèse, Paris 1915).
- MAILLET et CARRIEU (M.). — Un cas d'hystérie convulsive chez l'enfant (*Montpellier méd.*, 1912, xxxiv, 634-636).
- MARETTE (F.). — Psychanalyse et Pédiatrie (Thèse, Paris 1940) (1).
- MARINESCO (G.), FAÇON (E.), VASILESCU (N.). — Case of juvenile tabes with hysterical attacks (*Rev. stînt med.*, mai 1931, xx, 571-578).
- MARYSSAEL (Léone). — Un cas curieux de pithiatisme chez un enfant de 5 ans (*Le Scalpel*, 20 janvier 1940, III, 87).
- MASE (K.). — Case of child hysteria (*Orient J. Dis. Infants*, xviii, 5 juil. 1935).
- MEIGNANT (P.). — Les réflexes conditionnels (*L'Encéphale*, nov. et déc. 1932, Tome 27, ix et x).
- MÉRY. — L'Hystérie infantile (à propos de trois cas) (*Arch. de méd. et chir. spéc.*, Par., 1903, iv, 93, 142),
— Spasme œsophagien et hystérie infantile (*J. de méd. int.*, Par., 1904, viii, 328).
- MESSERI (E.). — Alcune sindromi isteriche nell' età pubere e pre-pubere (*Riv. di clin. pediat.*, juil. 1938, xxxvi).
- METTLER (L.-H.). — Hysteria in a girl of thirteen years of age (*Clin. Rev.*, Chicago, 1905-1906, xxiii, 246-248).
- MEYER (O.). — Beiträge zur Kenntnis der Hysterie im Kindesalter (*Jahrb. f. Kinderh.*, Berl. 1905, lxii, 173-220).
- MONRAD (A.). — L'Hystérie chez les enfants (*Ugeskr. f. Læger.*, Kjøbenh., 1920, lxxxii, 4-31).
- MORGENSTERN (S.). — Contribution au problème de l'Hystérie chez l'enfant (*Evol. Psych.*, 1937, II).
- Psychanalyse infantile (Denoël, édit.).
- MYERS (B.). — Treatment of anorexia nervosa in children (*Practitioner*, nov. 1924, cxiii).
- NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (Mme). — Un cas de scoliose hystérique chez une fillette de 13 ans (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, novembre 1928, xxvi, 467-469).
- NAGLO (O.). — Case of over-dosage of insulin followed by hysteria (*Acta Pædiat.*, 1932, xiv, 209-210).

(1) On y trouvera une abondante bibliographie à propos de la psychanalyse chez l'enfant.

- NÈBLE. — Astasie-abasie chez une enfant hystérique (*Rev. mens. d. mal. de l'enf.*, Par., 1905, XXIII, 268-271).
- NICHOLSON (P.). — Hysteria in child following appendectomy (*Atlantic M. J.*, mai 1926, XXIX, 538-539).
- NISHIYAMA (K.). — Drei Fälle von Kinderhysterie (*Taiwan Igakkai Zasshi* (Abstr. Sect), mars 1934, XXXIII).
- NOBÉCOURT (P.). — Précis de Médecine des Enfants (Masson, édit.).
- NOBÉCOURT (P.) et BABONNEIX (L.). — Traité de Médecine des Enfants (Masson, édit.).
- NOFER (G. H.). — Hysteria in a girl of seven years (*N. York M. J.*, 1911, XCIV, 285).
- PAGANI-CESA (A.). — L'histerismo nell' età infantile (*Clin. Pediat.*, févr. 1936, XVIII, 116-123).
- PAPASTRATIGAKIS. — Hystérie et syndromes extra-pyramidaux chez l'enfant (*Encéphale*, févr. 1928, XXIII, 116-127).
- PARCHEMINEY et PICHON (Ed.). — Sur les traitements psychothérapiques courts d'inspiration freudienne chez les enfants (*Revue de Psychanalyse*, T. 2, n° 4).
- PAVLOV (I.). — Les réflexes conditionnels. Traduction Gricouroff (Alcan, édit.).
— Leçons sur l'activité du cortex cérébral. Traduction Trifonoff (Legrand, édit.).
- PEREIRA (R. F.) et ROMANO YALOUR (R.). — Amaurosis hysterica infantil (*Premsa med. argent.*, février 1932, XVIII, 1310-1313) —
et — *Semana med.*, mars 1932, I, 917-920.
- PEUGNIEZ (P.). — L'Hystérie chez les enfants (Thèse, Paris 1884).
- PICHON (Ed.). — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent (Masson, édit.).
— Névroses infantiles (*Journal méd. Français*, avril 1933, T. XXII, n° 4, p. 120-123).
- POPOFF (A. M.). — Chorea rhytmica infantum. Ein Fall von kindlicher Hysterie mit motorischen Erscheinungen (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 1912, LVII, 163-175, 185-197).
- PORTELL VILA (J.). — Constitucion histerica con delirio de imaginación (*Med. Argent.*, avril 1933, XII, 144-146).
- PRICE (G. E.). — Hystéria in children (*Arch. Pédiat.*, N. Y., 1908, XXV, 95-100).
- RADOVICI (A.). — La conception actuelle de l'Hystérie (*Sem. des Hôp. de Paris*, 15 nov. 1937).
- RAYMOND. — Hystérie infantile (*J. de méd. et chir. prat.*, Par., 1906, LXXVII, 887).
- REED (R.). — A case of hysteria in a girl of 13 years; illustrating the mechanism of an hallucination (*New-York M. J.*, 1912, XCV, 994).
- RÉMOND (A.) et VOIVENEL (P.). — Essai sur la séméiologie et la pathogénie de l'hystérie infantile (*Méd. Mod.*, Par., 1910, XXI, 353-355).
- REUSZ (Von F.). — Ueber die Anstaltsbehandlung der Hysterie im Kindesalter (*Jahrb. f. Kinderh.*, Berl., 1912, n. F.; LXXVI, 283-299).
- RITOSSA (P.). — Su di un caso d'isterismo infantile (*Pediatria*, Nap., 1925, 568-575).
- ROBIN (Gilbert). — Les enfants hystériques (*L'Esprit Méd.*, avril 1942, CCCVIII, 5).
- ROBINSON (J. M.). — Ocular manifestations of hysteria in children (*Minnesota Med.*, sept. 1930, XIII, 618-623).
- ROCHER et GUÉRIN. — Un cas de paraplégie hystérique chez un enfant de onze ans (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 6 janvier 1929, I, 12).
- RONJAT (I. J.). — Le cas de Jeannette, Psychanalyse et guérison d'une jeune fille hystérique opérée sept fois (*Rev. Franç. de Psychanal.*, nov. 1927, I, 210-323).

- ROUQUIER (A.). — L'état actuel de la question de l'hystérie (*Gaz. d. Hôp.*, Paris, nov. 1932, cv).
- RUBIO GARCIA (J. T.). — Consideraciones sobre el histerismo infantil con motivo de un caso de esta afeccion (*Pediatría españ.*, sept. 1933, xxii).
- RUESZ (F.). — Traitement de l'hystérie de l'enfance (*Orvosi hetil.*, Budapest, 1913, lvi, 413-417).
- SABLE (J.). — Sur quelques manifestations hystériques observées chez une enfant de 11 ans (*J. d. Sc. méd. de Lille*, 1909, 1, 61-65).
- SAGLIER (G.). — Contribution à l'étude des maladies simulées chez les enfants (Thèse, Paris 1909).
- SANTE DE SANCTIS. — Hystero-psychopathische Kinder (*Monatschr. f. Krim-Psychol.* (etc.), Heidelberg., 1923, xiv, 269-286).
- SARABIA Y PARDO (J.). — Histerismo en la infancia (*Pediatría españ.*, Madrid, 1921, x, 193-225).
- SCHIFF (E.). — Un cas intéressant d'hystérie infantile (*Gyermekorvos*, Budapest, 1904, 25-27).
- SCHMID (H.). — Ein unter dem Bilde schwerer Hysterie verlaufener Fall von Encephalitis im Kindesalter (*Nervenarzt*, 1932, v).
- SERIO-BASILE (N.). — L'isterismo nell'infanzia (*Pratica d. Med.*, Napoli, 1906-1907, vii, 161-205-225).
- SIMONINI (R.). — Sopra alcune forme meno frequenti d'isterismo infantile (*Rassegna di pediat.*, Roma, 1910, 1, 33-48).
- SPALDING. — Hysteria in childhood (*N. Am. J. Homœop.*, N.-Y., 1904, lii, 631-636).
- STEPHENSON (S.). — A case of hysterical hemianopsia and amblyopia in a boy of twelve years (*Ophthalmoscope*, Lond., 1909, vii, 327-330).
- STEVEN (J. L.). — Case of hysterical spasm of the œsophagus and suppression of urine of two months duration in a boy, aged 10 years (*Glasgow M. J.*, 1905, lxiv, 369-373).
- STROHMAYER (W.). — Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage und Bewegungsempfindungen (*Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, Berl. et Leip., 1912, x, Orig. 599-606).
- STRONG (Mary). — Hysterical paralysis in a very young child (*West. M. Rev.*, Omaha, 1915, xx, 28).
- SUMMONS (W. H.). — Hysteria in children (*Intercolon. M. J. Australas.*, Melbourne, 1905, x, 191-198).
- TANCREDI (A.). — Sopra un caso di astasia-abasia [fille de 10 ans] (*Pédiatria prat.*, avril 1932, ix, 99-111).
- TERRIEN. — Crises singulières d'hystérie chez un enfant (*Gaz. méd. de Nantes*, 1905, 2 s., xxxiii, 609-613).
- Essai d'interprétation d'un cas curieux de vision et d'audition à grande distance chez une hystérique de 14 ans, pendant l'état de somnambulisme. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1914, xxxii, 281-293).
- Trois cas d'hystérie infantile (*Gaz. méd. de Nantes*, 1903, 2 s., xxi, 575-582).
- THIEMICH (M.). — Ueber Hysterie im Kindesalter (*Jahrb. f. Kinderh.*, Berl., 1903, lviii, 881-894 — et — *München. med. Wchnschr.*, 1903, 1, 1754).
- THOMAS (J.J.). — Hysteria in children (*J. Nerv. et Ment. Dis* N.Y., '1908, xxxv, 209-242).
- TIFFANY (F.B.). — Hysteria or malingering of a girl of ten years (*Kansas City M. Index Lancet*, 1907, xxix, 50).
- TITECA (J.). — Etude électro-encéphalographique de deux cas d'anesthésie hystérique (*J. Belge de neurol. et de psychiat.*, juin 1938, xxxviii).

- TIXIER (L.). — Hystérie infantile, variations de ses manifestations cliniques (*Arch. de Méd. d. enf.*, fév. 1930, XXXIII, 90-94).
- TOBIAS (Adele). — Zur Prognose und Ätiologie der Kinder-Hysterie. [Munchen], (Berl., 1913, S. Karger).
- TRUBERT (E.). — Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie (Thèse, Paris, 1929).
- VALLE Y ALDABALDE. — Histerismo infantil (*Rev. de méd. y cirug. pract.*, Madrid, 1905, LXVIII, 109-111).
- VARIOT. — Toux hystérique chez un jeune garçon (*Rev. de l'Hypnot. et Psychol. physiol.*, Paris, 1902, XVII, 24-26).
- VERMEYLEN (G.). — La Psychologie de l'enfant et de l'adolescent (Lamertin, édit., Bruxelles).
- WEBER (O.). — Kasuistische Beiträge zur Hysterie im Kindesalter (*Inaug.-Dissert.*, Giessen, 1902, mars-avril, n° 8).
- WEILL-HALLÉ (B.). — Le développement de l'hystérie dans l'enfance (Paris, 1904, G. Steinheil).
- Les stigmates psychiques de l'hystérie infantile (*Pédiatrie prat.*, Lille, 1904, II, 236-240).
- La constitution physique dans l'hystérie infantile. (*Rev. Mens. d. Mal. de l'Enf.*, Paris, 1904, XXII, 445-489).
- WEILL et MOURIQUAND (G.). — Précis de médecine infantile (Doin, édit.).
- WELT-KAKELS (SARA). — Hysteria gravis in a girl of nine years (*Am. J. Obst.*, N.Y., 1908, LVIII, 170).
- WEYGANDT. — Hysterie als Erbkrankheit (*Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, 1936, CLV, 758-782).
- WILLIAMS (T.A.). — Genesis of hysterical states in childhood and their relation to fears and obsessions (*Brit. J. Childr. Dis.*, Lond., 1911, VIII, 63-70).
- Hysterical phobia in a child; the principles of the treatment (*Brit. J. Child. Dis.*, Lond., 1913, X, 156-160).
- WOLFF (E.) et LACHMAN (G.S.). — Hysterical blindness in children; report of 2 cases (*Am. J. Dis. Childr.*, avril 1938, LV).
- WYLLIE (W.G.). — Treatment of hysterical disorders in children (*Lancet*, févr. 1926, I, 301-302).
- ZAPPERT (J.). — Ueber nervöse Schul- und Anstaltsepidemien bei Kindern. Imitationsneurosen (*Wien. med. Wchnschr.*, août 1937, LXXXVII).
- ZILGIER (H.). — Quelques observations de névroses évoluant chez des enfants et simulant des maladies d'origine organique (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1907, XXXIX, 541-550).

VU,

Le Président de thèse.

M. DUVOIR.

VU,

Le Doyen,

A. BAUDOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
DÉFINITION DE L'ACCIDENT PITHIATIQUE.	3
OBSERVATIONS.	6
ÉTIOLOGIE.	34
1° Le terrain	34
2° Les causes occasionnelles déterminantes.	40
ASPECTS CLINIQUES.	42
I. Le mythomane.	49
II. L'hétéro-suggestionné.	51
III. Le traumatisé affectif.	53
IV. Les cas intermédiaires	61
DIAGNOSTIC	63
Diagnostic positif	63
Diagnostic différentiel	65
TRAITEMENT.	75
PRÉVENTION DE L'ACCIDENT PITHIATIQUE	78
CONCLUSIONS.	80
BIBLIOGRAPHIE.	83
